

Travail de Bachelor

**Les influences entre l'épuisement professionnel et la
maltraitance**

La maltraitance des aînés atteints de troubles neurocognitifs face à
l'épuisement professionnel en EMS

Revue de la littérature

Réalisé par : Segdar Dijana

Promotion : Bachelor 17

Sous la direction de : Mme Faure-Arnaud Dominique

Lieu et date : Sion, le 6 juillet 2020

Résumé

La population âgée est en constante augmentation depuis quelques décennies. Le vieillissement s'accompagne parfois de maladies chroniques nécessitant, selon des situations, une institutionnalisation dans un établissement médico-social (EMS). Les troubles neurocognitifs sont accrus chez les aînés. La prise en charge des résidents atteints de troubles neurocognitifs nécessite des connaissances infirmières et une pratique fondée sur des preuves scientifiques. Celles-ci permettront d'accompagner le résident selon les règles de l'art. Néanmoins, il se peut que dans certains cas, cet accompagnement devienne complexe, entraînant un épuisement professionnel. Ainsi, sur une période prolongée, cet épuisement peut se manifester par de la négligence voire de la maltraitance envers les aînés déments. Le but principal de cette revue de la littérature est d'identifier les éventuelles raisons qui peuvent amener le soignant vers ce type de comportement ainsi que d'investir dans la prévention et/ou la recommandation pour la pratique infirmière.

Les études choisies sont publiées entre 2016 et 2018. Elles sont basées sur l'analyse de divers facteurs de risque pouvant amener le personnel soignant travaillant en EMS jusqu'à la détresse morale. Les études qui traitent les sujets sur les travailleurs sociaux, les proches-aidants et les soins palliatifs sont exclues. La recherche des articles s'est effectuée entre octobre 2019 et avril 2020. Les bases de données concernées sont CINAHL, Pubmed et LiSSa.

Les principaux résultats mettent en avant que le taux de maltraitance reste important. De plus, les études évoquent certaines raisons influençant l'épuisement professionnel au sein des EMS, tels que l'échec du leadership ou le manque de formation. Certains articles mettent en évidence des stratégies afin d'atténuer la détresse morale chez les soignants. Celles-ci consistent principalement à effectuer des formations complémentaires.

En conclusion, cette revue de la littérature permet de mettre en avant certaines recommandations afin d'améliorer la pratique infirmière effectuant des soins auprès des résidents. Ces préventions permettent alors une diminution des conséquences liées à la survenue de l'épuisement professionnel.

Mots-clés : épuisement professionnel, maltraitance des personnes âgées, maison de retraite, établissement médico-social, démence, troubles neurocognitifs.

Remerciements

La réalisation de cette revue de la littérature a été possible grâce aux conseils valorisants de Mme Faure-Arnaud Dominique, directrice de mon Travail de Bachelor. C'est pour cette occasion que je tiens à la remercier pour sa disponibilité et son soutien tout au long de ce travail devenant parfois insurmontable. Je suis reconnaissante envers ses multiples connaissances et son intérêt porté pour la personne âgée.

Ensuite, je tiens à remercier les personnes qui ont consacré leur temps précieux aux corrections et à la relecture de ce travail.

Pour finir, je tiens à adresser un grand merci à ma famille, mes amis ainsi que toute personne qui m'ont aidée et motivée durant ces trois années remplies d'émotions.

Déclaration

« Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers à la Haute Ecole de Santé Valais Wallis (HEdS).

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteure et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 6.0 ».

Lieu et date : Sion, le 6 juillet 2020



Signature

Table des matières

1	Introduction	1
1.1	Problématique.....	1
1.2	Question de recherche	3
1.3	But de la recherche.....	4
2	Cadre théorique	5
2.1	La personne âgée : de vulnérable à dépendante	5
2.2	L'EMS : environnement fertile ou hostile.....	8
2.3	L'épuisement professionnel : une fatalité ?.....	10
2.4	La maltraitance	12
3	Méthode	15
3.1	Devis de recherche.....	15
3.2	Collecte des données	15
3.3	Sélection des données	17
3.4	Considérations éthiques	18
3.5	Analyse des données	18
4	Résultats	20
4.1	Description de l'Étude 1.....	20
4.1.1	<i>Validité méthodologique</i>	<i>21</i>
4.1.2	<i>Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....</i>	<i>22</i>
4.2	Description de l'Étude 2.....	23
4.2.1	<i>Validité méthodologique</i>	<i>24</i>
4.2.2	<i>Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....</i>	<i>25</i>
4.3	Description de l'Étude 3.....	26
4.3.1	<i>Validité méthodologique</i>	<i>28</i>
4.3.2	<i>Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....</i>	<i>28</i>
4.4	Description de l'Étude 4.....	29
4.4.1	<i>Validité méthodologique</i>	<i>30</i>
4.4.2	<i>Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....</i>	<i>31</i>
4.5	Description de l'Étude 5.....	32
4.5.1	<i>Validité méthodologique</i>	<i>33</i>
4.5.2	<i>Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle.....</i>	<i>34</i>
4.6	Description de l'Étude 6.....	35

4.6.1	<i>Validité méthodologique</i>	36
4.6.2	<i>Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle</i>	36
4.7	Synthèse des principaux résultats.....	38
5	Discussion	40
5.1	Discussion des résultats.....	40
5.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences.....	42
5.3	Limites et critiques de la revue de la littérature.....	43
6	Conclusions	44
6.1	Propositions pour la pratique.....	44
6.2	Propositions pour la formation.....	45
6.3	Propositions pour la recherche.....	46
7	Références bibliographique	47
8	Annexes	I
	Annexe I : PRISMA 2009 Flow Diagram.....	I
	Annexe II : Tableaux de recension des études.....	II
	Annexe III : Pyramides des preuves	VIII
	Annexe IV : Glossaire méthodologique.....	IX

Liste des abréviations

AES	Accident d'exposition au sang
AGGIR	Autonomie gérontologique groupes iso-ressources
Anact	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ASSC	Assistant-e en soins et santé communautaire
AVALEMS	Association Valaisanne des Etablissements médico-sociaux
AVQ	Activités de la vie quotidienne
BFEG	Bureau fédéral de l'égalité femmes et hommes
CAS	Certificats postgrades
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CIM-11	Onzième révision de la classification internationale des maladies
CSDH	Centre suisse de compétence pour les droits humains
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DAS	Diplômes postgrades
DGT	Direction générale du travail
DSM-5	Cinquième édition de l'Association américaine de psychiatrie
EBP	Evidence-Based Practice
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMS	Etablissement médico-social
ETP	Equivalent à temps plein
FAP	Formation d'accompagnateur en psychiatrie de l'âge avancé
HAS	Haute Autorité de santé
IC	Intervalle de confiance

INRS	Institut national de recherche et de sécurité
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI-HSS	Maslach Burnout Inventory pour l'enquête sur les services humains
MDDCS	Moral Distress in Dementia Care Survey
MMSE	Mini-mental state examination
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OR	Odds ratios / Rapport de cote
QVT	Qualité de vie au travail
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SHURP	Swiss Nursing Homes Human Project
UBA	Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter

1 Introduction

1.1 Problématique

La personne âgée est définie à partir de 65 ans (Weber, 2016). La population des plus de 65 ans occupe une place de plus en plus importante. D'après des statistiques du rapport sur l'état de la population mondiale, en 2019, une personne sur onze a plus de 65 ans. D'ici 2050, cette population mondiale des 65 ans et plus augmentera et passera donc à une personne sur six (Organisation des Nations Unies [ONU], 2016). Jusqu'en 2050, la population mondiale âgée passera à deux milliards de personnes contre 900 millions en 2015 (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], principaux faits, 2018). Selon Eurostat (la part des personnes âgées continue d'augmenter, 2018), la population européenne était estimée à 511.5 millions de personnes dont 19.4% des personnes âgées de 65 ans et plus en 2017. Aujourd'hui, la Suisse représente 1.46 millions de personnes âgées de 65 ans et plus et atteindra les 2.7 millions d'ici 2045. Le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus doublera en Suisse d'ici 2045. Les personnes âgées constituent donc un groupe démographique dont la croissance est la plus forte. Il est difficile d'associer l'âge et le vieillissement, car la situation de vie des aînés dépend de leur parcours individuel et de leurs caractéristiques personnelles. Ainsi, il n'est pas exclu que le nombre de maladies augmente avec l'âge (Promotion Santé Suisse, 2016).

Pourtant, le vieillissement et la maladie ne sont pas des synonymes. Le vieillissement est un parcours commun aux multiples facettes physiques et psychosociales qu'emprunte la population. Le processus de dégradation biologique fait partie du vieillissement, ce qui explique donc une hausse de la fréquence des maladies, dont les maladies chroniques. En Suisse, 49% des plus de 65 ans souffrent d'une maladie chronique dont les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires et la démence. La survenue de troubles cognitifs et de troubles du comportement est un pronostic de démence. Les aînés, touchés par la démence avancée, peuvent avoir des épisodes d'errance, de violence et d'agressivité (Kaesler, 2012).

Les personnes âgées, atteintes d'une maladie psychique et de troubles du comportement, peuvent perdre leur capacité de jugement et perdent progressivement leur droit d'humanité. Les aînés qui sont confrontés aux maladies chroniques, au déficit fonctionnel et à la perte du rôle social sont à risque de devenir vulnérables. « Les personnes vulnérables sont celles dont l'autonomie, la dignité et l'intégrité sont menacées. » (Monod & Sautebin, 2009, p. 2353). La dépendance fonctionnelle s'installe lorsque la personne âgée est en incapacité à

réaliser les activités de la vie quotidienne (AVQ) et a donc besoin d'aide pour se laver ou s'habiller par exemple. La perte d'autonomie rend également un aîné vulnérable, car celle-ci la prive de prise de décisions et altère alors sa capacité de discernement (Monod & Sautebin, 2009).

Lorsque la situation devient plus difficile, que les besoins en soins sont plus importants, que les proches-aidants sont épuisés et que la dépendance fonctionnelle s'installe, l'arrivée dans des EMS s'avère parfois nécessaire (Promotion Santé Suisse, 2016). L'EMS a pour rôle d'accueillir, pour des courts et longs séjours, des personnes âgées pour lesquelles les soins à domicile ne sont plus possible. Plus de 122'000 résidents ont été admis dans un EMS à durée indéterminée en Suisse en 2017 (Andreani, 2019). Selon Kaeser (2012), les pathologies physiques en EMS sont les problèmes cardiovasculaires (49%) et l'hypertension (47%). Du côté des maladies psychiques, les plus fréquentes sont la démence (39%) et la dépression (26%). De plus, les atteintes psychologiques des seniors présentent une lourde charge pour le personnel soignant.

Sur le long terme, cette lourde charge peut conduire un soignant à ressentir de l'épuisement. C'est pour cela que la direction générale du travail (DGT), l'institut national de recherche et de sécurité (INRS), l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), des enseignants-chercheurs et des experts de terrain se sont intéressés sur le sujet du burnout dans le but de proposer des recommandations. Le syndrome d'épuisement professionnel se traduit ainsi : « Un épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel. » (Schaufeli & Greenglass, 2001 cité par DGT, INRS & Anact, 2015, p. 8). La onzième révision de la classification internationale des maladies (CIM-11) considère l'épuisement professionnel comme un phénomène lié au travail, il n'est donc pas classé parmi les maladies (OMS, 2019).

Comme le syndrome d'épuisement professionnel est associé au travail, il est intéressant de savoir que les milieux touchant l'aspect de la santé des personnes sont plus concernés par rapport à l'épuisement professionnel. En revanche, il est mis en avant que si les professionnels ont une représentation de la maladie de leurs patients, cela favoriserait une compréhension approfondie de l'épuisement professionnel. Cette recherche a mis en évidence que la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer peut entraîner des conséquences cognitives et émotionnelles, ce qui implique un épuisement professionnel. D'une maltraitance des soignants dans leur exercice professionnel résulte alors une violence envers les personnes âgées (Shinan-Altman, Werner & Cohen, 2016).

À ce sujet, la littérature met en évidence que la maltraitance des personnes âgées est plus marquée au domicile des aînés. Néanmoins, malgré des établissements sécurisés, les EMS font également partie des endroits où la maltraitance existe. Selon une étude réalisée en Suisse dans le canton de Zurich, 57% des maltraitements ont lieu à domicile, contre 43% en EMS. De plus, cette étude met en avant les éléments essentiels sur la thématique de la maltraitance. En effet, sur 903 dossiers, 150 cas reflètent au moins une forme de violence. La violence psychologique (47%) est la plus présente, suivie par l'abus financier (35%). Il existe également, pour les victimes, des facteurs de risque qui sont impliqués à cette maltraitance comme l'isolement social, les maladies psychiatriques et la démence. Entre autres, le facteur de risque qui ressort le plus souvent des proches-aidants et des soignants est la surcharge de travail (Simone, Wettstein, Senn, Rosemann & Hasler, 2016). En outre, cette maltraitance s'étend à l'échelle mondiale.

Au niveau mondial, une personne âgée sur six est touchée par la maltraitance. Soutenue par l'OMS, une étude a été publiée dans la revue *The Lancet Global Health*. Plusieurs travaux ont été effectués afin de la réaliser. Ceux-ci se sont appuyés sur des données tirées de 52 études menées dans 28 pays de différentes régions. Cet écrit met donc en avant qu'environ 16% des aînés ont subi différents types de maltraitance dont la maltraitance psychologique (11.6%), l'abus financier (6.8%), la négligence (4,2%), la maltraitance physique (2.6%) et l'abus sexuel (0.9%) (OMS, 2017). Bien que placée en troisième position selon l'OMS, la négligence fait la une du *Nouvelliste* en date du 8 novembre 2019. Elle est citée par le biais de plusieurs témoignages ; des apprentis en soins et santé communautaire, des infirmiers, des aides-soignants, des animateurs et des enfants de résidents.

1.2 Question de recherche

La littérature scientifique illustre que la maltraitance des personnes âgées vivant en EMS est bien réelle. Il est également souligné que les seniors sont plus touchés lorsque la vulnérabilité apparaît, plus précisément lorsque la personne âgée est atteinte de troubles neurocognitifs et qu'elle perd sa capacité de discernement. Il est aussi important de préciser que le syndrome d'épuisement professionnel peut être lié à ce sujet de négligence. La formulation de la question de recherche se construira selon PEO, qui met en avant la Population concernée (patient ou problème), l'Exposition et l'Outcome (résultat ou thème). C'est ainsi que la question de recherche prend la forme suivante :

« En quoi l'épuisement professionnel peut conduire le soignant vers un comportement maltraitant envers l'aîné atteint de troubles neurocognitifs résidant en EMS ? »

1.3 But de la recherche

Deux buts sont définis dans cette recherche qui tente de mettre un lien d'influence entre la maltraitance des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs et l'épuisement des soignants en EMS. Ces buts se caractérisent comme suit :

- Analyser les raisons qui peuvent conduire le soignant à un épuisement professionnel dans le cadre de la prise en soins des aînés atteints de troubles neurocognitifs en EMS.
- Investir la prévention voire proposer des recommandations utiles à la réduction de ce probable phénomène de maltraitance en ciblant précisément l'épuisement professionnel.

2 Cadre théorique

Les concepts distingués de la problématique sont : la personne âgée, en évoquant les troubles neurocognitifs et psycho-comportementaux, l'environnement en EMS, l'épuisement professionnel et la maltraitance.

2.1 La personne âgée : de vulnérable à dépendante

Actuellement, le nombre de personnes âgées est important. Suite à une diminution du taux de natalité et d'une augmentation de l'espérance de vie, le vieillissement de cette population va se poursuivre à l'avenir. En 2045, plus d'un million de personnes devrait avoir plus de 80 ans en Suisse. Comme cité dans l'introduction, une personne âgée est définie à partir de 65 ans. Celle-ci est constituée d'un groupe hétérogène. La population suisse reste longtemps en bonne santé, comme les personnes du troisième âge (65-79 ans), qui elles, se disent très satisfaites de leur vie et de leur bien-être. Le processus de vieillissement s'accompagne d'atteintes physiques et cognitives, qui entraînera alors une vulnérabilité. Les aînés du quatrième âge (à partir de 80 ans) sont plus touchés par les problèmes de santé et augmentent leurs besoins d'aide au quotidien (Weber, 2016).

Selon l'hétérogénéité de cette population, il est important d'adopter différentes approches. C'est ainsi que trois groupes se distinguent : les personnes âgées robustes, vulnérables et dépendantes (Weber, 2016). L'aîné robuste est constitué entre 50-60% de la population âgée. Il est en bonne santé ou peut être atteint d'une maladie chronique. Il vit chez lui et participe à des activités physiques et sociales. La prévention de ce groupe est de maintenir la personne en bonne santé. Ensuite, la personne âgée vulnérable fait partie des 20 à 40% de la population âgée. Elle est affaiblie par deux maladies chroniques voire plus mais peut encore habiter à son domicile. C'est dans cette catégorie que les difficultés fonctionnelles peuvent apparaître notamment pour les AVQ. L'objectif principal de la prise en soins des personnes atteintes de vulnérabilité est d'anticiper les risques de déclin fonctionnel. Finalement, l'aîné dépendant atteint un taux de 15 à 20% de la population âgée. Celui-ci a besoin d'une aide dans les AVQ en bénéficiant des prestations du centre de soins à domicile ou vit même en EMS. Il est donc essentiel de coordonner et de garantir la continuité des soins tout en accompagnant ces personnes dépendantes (Deschamps & Beetschen, 2016).

Par rapport à l'aspect psychique, en Suisse, 15 à 20% des aînés souffrent d'au moins une maladie psychique comme la dépression, les maladies anxieuses et le délire. Les personnes âgées sont alors menacées par l'isolement social et la solitude à cause des

déficits psychiques. Les maladies psychiques réduisent leur qualité de vie, c'est-à-dire qu'une atteinte fonctionnelle, une dépendance et une incapacité de vivre chez soi de manière autonome s'installent (Weber, 2016).

Actuellement, plus de 110'000 personnes en Suisse sont atteintes de démence et chaque année, 25'000 nouveaux cas sont diagnostiqués. Dans le groupe des 80 à 84 ans, 13% des aînés sont atteints de démence (Weber, 2016). Selon la cinquième édition de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-5), les troubles neurocognitifs sont définis comme « Une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs. » (Haute Autorité de santé [HAS], 2018, p. 1). Deux types de troubles neurocognitifs sont mis en évidence : les troubles cognitifs légers et majeurs. Les troubles neurocognitifs légers se différencient de l'oubli « normal » lié au vieillissement et se situent à un niveau inférieur de la démence. D'après le DSM-5, les troubles neurocognitifs majeurs correspondent à la démence, comme par exemple la maladie d'Alzheimer (HAS, 2018). Le diagnostic est un grand défi médical, car ces troubles cognitifs et comportementaux sont très difficiles à distinguer des manifestations du vieillissement normal. L'un des tests principaux est le Mini-Mental State Examination (MMSE). Le MMSE a une sensibilité de 78% et une spécificité de 87% pour la détection d'un trouble cognitif (Annoni, Choutier & Démonet, 2016).

Les symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD) sont des phénomènes courants dans l'évolution de la démence, fréquence située entre 50 et 80%. L'apparition de ces symptômes mène à une évolution défavorable de la démence. Des symptômes psychiatriques sont relevés comme par exemple des hallucinations, des idées délirantes et un manque d'intérêt. L'agitation, la déambulation, la modification du rythme-sommeil, de l'impatience ainsi que d'autres manifestations cliniques font partie des symptômes comportementaux. Des troubles affectifs sont également mis en évidence tels que la tristesse, la labilité émotionnelle, le désespoir et l'anxiété. Les SCPD sont également à l'origine, pour la personne âgée, d'un risque d'isolement, de négligence voire de maltraitance, ce qui accélérera donc le déclin cognitif de l'aîné. Un épuisement physique et psychique en sont les conséquences pour les proches et les soignants. Le stress des soignants, leur absence de disponibilité et leur manque de formation peuvent accentuer ces troubles. Il est proposé pour les soignants travaillant en EMS de partager en équipe les observations des troubles et de lister ce qui a déjà été essayé pour les contenir afin de savoir ce que le patient vit. De cette évaluation, peut découler l'amélioration physique et psychique de l'aîné (Ebbing, 2016).

En ce qui concerne les proches-aidants, ceux-ci permettent à un nombre de personnes souffrant de limitations, de vivre le plus longtemps possible à domicile. Les activités des proches-aidants sont axées sur les tâches de la vie quotidienne et offrent également un soutien émotionnel. De plus, les proches-aidants forment eux aussi, un groupe hétérogène, c'est-à-dire qu'il est composé de femmes et d'hommes de différentes classes d'âge ainsi que de différentes cultures et statuts socio-économiques. Les soins fournis sont largement dispensés par les femmes. Néanmoins, les hommes constituent environ un tiers des proches-aidants. Les personnes de référence sont le plus souvent des membres de la famille (Kessler, 2019).

Au niveau des statistiques, les proches-aidants occupent une part importante de la population suisse. Selon l'enquête suisse sur la santé de 2012, environ 10% de la population fournit un accompagnement à des proches. D'autre part, quelques 220'000 à 260'000 personnes ont plus de 65 ans et sont concernées par ces prestations. Ainsi, 70% des personnes âgées obtiennent une aide dans des domaines autres que les soins (règlement de factures, ménage, entretien de l'environnement). En 2013, les proches-aidants ont effectué 42 millions d'heures de travail en Suisse non payées, ce qui équivaut à 3.5 milliards de francs (Kessler, 2019).

Afin de comprendre certaines situations, il est mis en avant l'existence de deux types de motivation qui permettent aux personnes de s'engager en tant que proches-aidants. La motivation positive est celle qui est vécue avec harmonie. Le proche-aidant est animé par l'affection et l'empathie. En revanche, la motivation négative est perçue par un sentiment d'obligation, de crainte voire de volonté de recevoir un héritage. De plus, il existe aussi des facteurs de vulnérabilité qui augmentent le risque de maladies psychiques chez les proches-aidants. Ces facteurs de risque sont : le statut socio-économique défavorisé, des problèmes de santé et un manque d'accès aux informations et aux offres de soutien. Cette prise en charge peut être vécue avec un stress chronique. Cette surcharge psychologique peut donc amener les proches-aidants à un phénomène de violence. Selon le Bureau Fédéral de l'Egalité entre femmes et hommes (BFEG), la violence exercée sur les personnes âgées est l'une des situations de violence domestique parmi les plus fréquentes. La violence psychologique est plus courante que la violence physique. Lorsque la situation est vécue comme un fardeau par les proches, une institutionnalisation dans un EMS s'avère nécessaire. (Kessler, 2019).

2.2 L'EMS : environnement fertile ou hostile

Les EMS sont des structures médicalisées qui offrent aux personnes âgées des prestations sociales, hôtelières et d'animation. Une fois que les AVQ freinent l'aîné à domicile et que les proches-aidants s'épuisent, un nouveau lieu de vie s'avère nécessaire. Il existe des lits de long séjour, qui sont pour une durée indéterminée ainsi que des lits de court séjour qui permettent un accueil provisoire alors que la personne vit encore chez-soi (Département de la santé, des affaires sociales et de la culture, 2017). La prise de décision revient premièrement à la personne âgée concernée. Il se peut que l'ensemble de l'entourage de l'aîné y participe comme la famille, les proches ou encore le médecin traitant. Les EMS permettent d'exercer différents métiers comme tout ce qui touche les soins et les accompagnements, les diverses thérapies, l'animation, l'administration, l'hôtellerie, l'intendance et la cuisine. Ceci forme donc une équipe pluridisciplinaire (Association Valaisanne des EMS [AVALEMS], s. d.-a). Les objectifs de l'AVALEMS sont multiples. L'un des buts de cette association est centré sur l'hébergement, l'accompagnement et la prestation de soins aux personnes âgées. Le fait de promouvoir des compétences de manière à répondre aux besoins de prise en charge des résidents et de leurs proches porte toute son importance également. Entre autres, veiller à une bonne pratique professionnelle pourrait résumer l'ensemble des objectifs (AVALEMS, s. d.-b).

Plus les personnes avancent en âge, plus le taux d'institutionnalisation augmente, dont 28% des 85 ans et plus. La santé physique est aussi touchée avec l'avancé en âge. Plus de trois quarts des aînés souffrent de pathologies somatiques. Au niveau de la santé psychique, plus de la moitié des seniors sont atteints par au moins un trouble cognitif et un trouble de comportement. La démence, la plus répandue, est celle de type Alzheimer. Effectivement, un lien existe entre la démence et les capacités fonctionnelles. Les personnes âgées qui souffrent d'une démence seront donc limitées dans les AVQ (Kaeser, 2012). La plupart des personnes âgées aimeraient rester à domicile le plus longtemps possible. Pour les différentes raisons citées plus haut, une institutionnalisation peut devenir nécessaire. Sur le plan émotionnel, quitter son domicile peut s'avérer parfois difficile pour la personne âgée. Un deuil peut s'installer, car elle devra accepter sa nouvelle situation. Parfois, cette transition peut être vécue de manière positive. Dans les deux cas, instaurer une relation de confiance entre le résident et le soignant est primordiale.

L'AVALEMS a rédigé un document intitulé « Statut du personnel ». Celui-ci concerne tous les membres de cette association mais en plus, fait partie du contrat individuel de travail. Dans ce document, une section nommée « Devoirs envers les résidents » résume la base de toute relation humaine et de respect mutuel (Association Valaisanne des EMS, 2017).

Celle-ci dit : « Chaque collaborateur doit faire preuve de respect envers les résidents et les personnes qui leurs rendent visite, et utiliser à bon escient les techniques actuelles de communication dans les relations humaines. » (AVALÉMS, 2017, p. 14). Ce contrat précise bien que : « Le collaborateur qui viole ses obligations intentionnellement ou par négligence grave est passible de sanctions. » (AVALÉMS, 2017, p. 15).

Des connaissances médicales plus précisément en gériatrie et en psychogériatrie sont nécessaires afin de prendre en charge les personnes âgées en EMS. De plus, des savoirs infirmiers reposant sur des Evidences-Based Practice (EBP) sont indispensables afin d'assurer une prise en soins adaptée et novatrice. Dans les multiples milieux cliniques, l'un des plus grands défis de la pratique clinique est la gestion des SCPD auprès des aînés. Dans ces cas, il est important que l'équipe soignante amène des interventions novatrices pour ensuite approcher la personne âgée sans qu'elle se sente agressée (Voyer, 2013).

Malgré les savoirs infirmiers basés sur les EBP, un manque de personnel se fait ressentir dans divers établissements. Dans le canton de Genève, l'EMS « la Terrassière » avait 1.19 équivalent à temps plein (ETP) par résident pour tout métier confondu en 2017. Ceci amène donc pour le personnel soignant un ratio de 0.79 ETP par résident (Office fédérale de la santé publique [OFSP], 2017). En France, Le Dr Philippe Masquelier conclut que la plupart des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont un ratio situé entre 0.3 et 0.6, et pourtant ils accueillent de plus en plus de personnes (Baqué, 2016). Au Canada, les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) accueillent un nombre croissant de résidents ayant des maladies chroniques. C'est ainsi que les ratios professionnels/résidents sont au centre de cette réflexion. De nombreuses études (Harrington et al., 2000 ; Bostick et al., 2006 ; Bliesmer et al., 1998 ; Duffield et al., 2011 cité par Voyer et al., 2016) ont examiné l'impact de ces ratios sur la qualité des soins. De plus, l'étude de (Duffield et al., 2011 cité par Voyer et al., 2016) met en avant le niveau de formation des infirmières. Celle-ci conclut que « plus le niveau de formation des infirmières est élevé, plus le taux de mortalité des patients diminue. » (Voyer et al., 2016, p. 45).

La pénurie se fait aussi sentir en Valais. Selon Jean-Daniel Zufferey, secrétaire général d'AVALÉMS, la pénurie est moins présente dans les villes que dans les vallées latérales. C'est ainsi que ces régions recrutent dans d'autres pays comme en France et au Portugal. Suite à une faible proportion d'apprentis dans le domaine de la santé, les autorités valaisannes ont élaboré en 2010 un groupe de travail se nommant « Résorption de la pénurie en personnel soignant ». Ce groupe est composé de représentants, d'institutions et de milieux concernés dans le domaine santé-social. Plusieurs objectifs ont été créés par

ce groupe dont un qui sera d'étudier l'éventualité d'ouvrir des places d'apprentissage en formation duale. Ce sont les EMS qui recrutent le plus de personnes de niveau secondaire avec près de 500 assistants en soins et santé communautaire (ASSC) (CURAVIVA, 2013).

Les études (Harrington et al., 2000 ; Bostick et al., 2006 ; Decker, 2008 ; Schnelle et al., 2004 cité par Voyer et al., 2016) qui ont été réalisées au CHSLD montrent que plus il y a de soignants, plus la qualité des services est meilleure. Les résultats montrent qu'il n'existe pas de ratio idéal, c'est-à-dire applicable à l'ensemble des unités de soins en CHSLD. L'attitude du personnel prendrait en considération la qualité de l'environnement, les besoins des résidents, le niveau de formation du personnel et la charge de travail. De plus, ces résultats montrent l'existence d'une pénurie d'infirmières dans le réseau de la santé. Une pénurie de soins infirmiers dans les CHSLD existe également (Voyer et al., 2016).

2.3 L'épuisement professionnel : une fatalité ?

En Suisse, 21% des personnes actives ont ressenti du stress dans leur travail en 2017, contre 18% en 2012. De plus, les risques psychosociaux augmentent aussi. Le burnout en fait partie, car près de la moitié des personnes stressées, plus précisément 49%, disent être épuisées émotionnellement dans leur travail. Les professions liées à la santé et le secteur social en sont les plus touchées (Office fédérale de la statistique [OFS], 2017).

Aujourd'hui, le burnout est spécifié comme un syndrome psychologique distingué par trois dimensions : l'épuisement émotionnel, le cynisme et la diminution de l'accomplissement personnel au travail. Comme cité plus haut dans la définition, l'épuisement professionnel est lié à des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel. La dimension centrale de ce syndrome est l'épuisement émotionnel, psychique et physique. Celle-ci est souvent définie comme se sentir « vidé » de ses ressources ce qui manifesterait les premiers signes du burnout. La personne est donc affectée par une fatigue extrême à la suite de situations répétées qui s'installent sous forme de « routine » liées à des facteurs de risque psychosociaux. Le cynisme apparaît lorsque la personne concernée devient négative et détachée par rapport à son travail et aux personnes qui l'entourent (les collègues et les patients). Elle met donc son entourage à distance. Une perte de l'accomplissement personnel et une dévalorisation de soi constituent la troisième dimension du burnout. Celle-ci explique que l'individu se sent faible dans son travail. Afin de détecter ces trois dimensions du burnout, plusieurs symptômes peuvent se présenter chez la personne, telles que des manifestations émotionnelles, physiques, cognitives, comportementales et motivationnelles. Pour reconnaître ces manifestations, plusieurs outils de mesure ont été développés comme le Maslach Burnout Inventory (MBI), le plus utilisé aujourd'hui. Il permet de repérer les

phénomènes de dégradation et permet de revenir sur les impasses qui se présentent dans le milieu professionnel (DGT et al., 2015).

Un lien unit la qualité de vie au travail et la qualité des soins. La qualité de vie au travail (QVT) est définie ainsi : « La qualité de vie au travail désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises. » (Kornig, Levet & Ghadi, 2016, p. 5). Selon cet écrit, validé par la HAS, les secteurs hospitaliers publics sont plus souvent étudiés que les secteurs privés et les professionnels infirmiers sont plus concernés que d'autres professions. D'après la littérature, plusieurs études statistiques se sont intéressées aux conditions de travail et ont mis en évidence différents types de contraintes, telles que : les contraintes liées aux horaires, le rythme de travail, les contraintes physiques, la relation avec le public, la charge mentale et la charge émotionnelle (Kornig et al., 2016). Le stress vécu par les soignants est dû à un niveau faible de satisfaction du travail, de longues heures de travail, des exigences physiques et des pénuries de personnel (Cooper et al., 2018).

D'après une enquête faite en 2013 par la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) sur les conditions de travail, 70% des personnes travaillant en milieu hospitalier dit travailler le samedi, 64% le dimanche et 33 % la nuit. Les personnes concernées sont principalement des professionnels soignants. Il est également mis en évidence que travailler la nuit possède des risques pour les soins et a des conséquences sur la santé des soignants, allant jusqu'à rendre la vie familiale compliquée. Le rythme de travail est accentué à l'hôpital. La plupart des soignants estimant ne pas avoir de temps afin d'effectuer correctement leur travail est passée de 32 à 41%. Les efforts physiques ont été en augmentation chez les soignants. Selon une enquête de 2013 sur les conditions de travail, le secteur professionnel touchant la santé connaît le plus de lombalgies, dont un soignant sur cinq souffre de sciatique à 45 ans (Kornig et al., 2016).

La relation soignant-soigné est aussi mise en avant. Celle-ci peut être une source de tensions ressentie avec les patients. Environ 57 % des soignants se sentent exposés à un risque d'agression verbale. La psychiatrie, les urgences et les services accueillant les personnes âgées sont les services les plus touchés. Or, la charge mentale augmente de 11% entre 1998 et 2003. Les personnels déclarent vivre des tensions avec leurs collègues, que ce soit des médecins ou autres infirmiers. Dans la plupart du temps, se confronter à la vieillesse, la dépendance physique et/ou psychique et la violence de la démence peut surcharger la personne émotionnellement. D'après les différents résultats, les personnels soignants font partie des professions les plus exposées au risque d'accident de travail dont 12.9% sont concernés par les infirmières. La notion d'absentéisme est abordée au cours

de cet article. Celui-ci est un phénomène courant dans les établissements de santé. Les arrêts-maladie expliqueraient le manque de personnel dans les services (10.43 jours par an et par soignant en 2003). D'autre part, les troubles musculosquelettiques sont la première cause des arrêts, suivis par les problèmes cutanés, des troubles digestifs, des troubles neurologiques ou sensoriels, et pour finir des troubles de santé mentale. Selon les résultats d'une enquête nommée PRESS-NEXT, le nombre de jours d'arrêt se multiplie par deux lorsque la charge physique des soignants est importante. Il peut également se tripler lorsque le travail d'équipe est insuffisant. C'est ainsi que, quand les employés sont satisfaits, cela diminue leur stress et donc le niveau d'absence. La relation soignant-soigné, le travail d'équipe, l'organisation du travail et la qualité des soins sont les quatre éléments principaux de satisfaction des infirmiers (Kornig et al., 2016).

Le lien entre les conditions de travail et la sécurité du patient a aussi été étudié. Selon les résultats de cette littérature, le burnout des soignants entraîne un risque élevé d'erreurs de raisonnement, ce qui touche donc la qualité des soins. Certaines erreurs sont associées à la charge et au temps de travail. Dans un cas sur trois, la fatigue du personnel est mise en avant comme la source d'erreurs de médication. D'autres travaux publiés par la HAS se sont intéressés sur le lien entre les conditions de travail, la satisfaction des patients et le risque de maltraitance. La fréquence des syndromes d'épuisement professionnel dans un établissement affecte la satisfaction des patients (Kornig et al., 2016).

Comme le dit la littérature plus haut, les personnes âgées dépendantes voire vulnérables ont besoin d'accompagnement en continu. Sur du long terme, celui-ci peut être vécu avec du stress, engendrant une charge physique et/ou émotionnelle. Le risque majeur de cette surcharge est de devenir maltraitant, même dans des lieux légiférés tels que les EMS.

2.4 La maltraitance

La maltraitance des aînés est un sujet d'actualité. Au niveau mondial, la maltraitance des personnes âgées concernerait 28% et atteindrait un taux de 78% chez les seniors atteints de démence. Selon une étude romande, 77% des responsables d'institutions tels que les EMS, ont été touchés par la maltraitance. En outre, l'étude Swiss Nursing Homes Human Project (SHURP) a mis en avant que sur 4599 soignants travaillant dans un EMS en Suisse, 50.8% avaient été témoins de maltraitance psychique, 23.7% de négligence et 1.4% de maltraitance physique. Les conséquences de la maltraitance sont importantes, plus particulièrement sur la santé et la sécurité des personnes âgées. C'est ainsi, que le dépistage des situations de maltraitance envers les aînés deviendrait pertinent. Mais selon certains spécialistes du domaine, le terme de repérage est préférable à celui de dépistage,

car en effet, la maltraitance n'est pas une maladie, elle est un fait de société. Comme cité auparavant, le facteur de risque lié à la maltraitance pour la personne âgée est sa propre vulnérabilité. Par ailleurs, des difficultés des soignants ont été également décrites, comme la surcharge de travail, le manque de personnel conduisant à l'épuisement professionnel (Nakamura & Roulet Schwab, 2017).

Le mauvais traitement est un terme utilisé pour parler de la maltraitance des personnes âgées. En 2015, la conférence de la Maison-Blanche sur le vieillissement aux États-Unis a reconnu la maltraitance des aînés figurant comme l'une des quatre priorités en matière de vieillissement (Pillemer et al., 2015 cité par Yon, Mikton, Gassoumis & Wilber, 2017). Cette métaanalyse évoque l'importance de comprendre l'ampleur des mauvais traitements face aux aînés. Cette compréhension permettra donc une approche de santé publique sur la prévention de la violence (Yon et al., 2017). Une autre étude qualitative s'est intéressée sur les perceptions et les expériences des personnes âgées victimes de maltraitance. Majoritairement, les aînés se sentaient seuls et socialement exclus. D'après leurs expériences, un sentiment d'impuissance apparaît lorsque la vulnérabilité et la dépendance s'installent. Le lien entre la solitude et la maltraitance a été peu étudié. Les personnes interrogées ont pensé que la solitude augmenterait le risque que la personne âgée soit maltraitée (Mysyuk, Westendorp & Lindenberg, 2016). Les aînés vulnérables ne signalent pas les mauvais traitements, car ils sont effrayés et gênés. Certains sont incapables de s'exprimer suite à une atteinte démentielle (Cooper & Livingston, 2016). La plupart d'entre eux ont des troubles comportementaux. Ces troubles peuvent être des facteurs associés à un risque de maltraitance (Cooper et al., 2018).

La première grande enquête sur la maltraitance et la négligence a été élaborée dans des foyers de soins anglophones. Des modèles ont été préparés afin de comprendre et d'expliquer la maltraitance envers les aînés. Ces modèles ont tenu compte de la vulnérabilité des personnes âgées, de leurs pathologies, du stress des soignants et des attitudes sociales. L'étude de (Cooper et al., 2018) montre que 51% des soignants travaillant dans des foyers de soins ont signalé ou observé des comportements négligents au cours des trois mois précédents en se basant sur un intervalle de confiance (IC) à 95% [47-54], moyenne se situant à 51. La négligence est le type de la maltraitance le plus affirmé dont 26% des soignants faisaient attendre un résident pour obtenir des soins et 25% évitaient un résident ayant des comportements difficiles (Cooper et al., 2018).

La non-satisfaction des besoins de base de l'aîné viendrait de la négligence, phénomène assez fréquent. La négligence reflète le manque d'attention dans l'accomplissement d'une tâche ou le refus, intentionnel ou non, de satisfaire les besoins des aînés (Voyer, 2013).

Des protections non-changées, une médication sans supervision, une alimentation insuffisante ou au contraire trop abondante sont des repères en cas de négligence envers la personne âgée (Roulet Schwab, 2015).

Par ailleurs, il est important, dans cette thématique, de parler des droits de l'homme. Le centre suisse de compétence pour les droits humains (CSDH) a rédigé un catalogue qui met en avant la protection des personnes âgées en Suisse. Peu importe l'âge et l'état de santé, tout individu possède des droits et libertés fondamentaux affirmés par la Constitution fédérale et les instruments internationaux. Ce catalogue met en avant les droits fondamentaux qui protègent les personnes âgées en Suisse. Ces droits garantissent aux aînés l'égalité des traitements ainsi qu'une existence digne et autonome jusqu'à leur dernière étape de leur vie. Ce document est composé de différents articles qui sont définis de manière claire et précise sur le droit des personnes âgées. Ces articles présentent les thèmes suivants : la dignité de la personne, l'interdiction de la discrimination, le droit à l'intégrité physique et psychique, l'interdiction des traitements inhumains, le droit à la santé et la liberté d'établissement. Selon l'article 10, alinéa 3 de la Constitution fédérale et de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, « Tout traitement inhumain ou dégradant d'une personne âgée est interdit. » (Belser, Kaufmann, Egbuna & Ghielmini, 2017, p. 26).

Finalement, en suivant la chronologie de ces différents concepts, il est bien mis en évidence que la population âgée augmente au fil des années. L'avancée en âge est donc liée à l'apparition de maladies chroniques, dont les maladies psychiques. Il est mis en avant que les personnes atteintes d'un trouble psychique sont plus à risque d'être maltraitées par les proches-aidants et le personnel soignant. L'arrivée à cette maltraitance est expliquée par plusieurs phénomènes. Premièrement, certaines situations peuvent devenir très difficiles pour les proches-aidants ainsi que pour le personnel soignant. Deuxièmement, un stress chronique se met en place et entraînera, sur du long terme, un épuisement physique ou psychique. Enfin, pour diverses raisons (manque de connaissances, pénurie infirmière, surcharge de travail), cet épuisement serait la cause principale d'une maltraitance.

3 Méthode

3.1 Devis de recherche

D'après les fondements et les étapes du processus de recherche, il existe deux types de paradigmes. Un paradigme est défini ainsi : « Conception du monde, système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 25). Le premier paradigme se nomme postpositiviste^{*1}. Celui-ci dit : « Le monde et les phénomènes sont réels, et ils existent indépendamment des perceptions humaines. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 27). De manière générale, ce paradigme suppose qu'il existe une seule vérité, objective sur le monde. Le postpositiviste concerne les recherches quantitatives*. Le second paradigme est interprétatif*. Contrairement au premier paradigme, celui-ci dit : « Les phénomènes sociaux sont perçus d'une façon particulière ; ils ne sont pas indépendants de la réalité. La réalité est changeante. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 27). Ce type de paradigme prédit que les connaissances sont subjectives. Les recherches qualitatives* sont touchées par ce paradigme (Fortin & Gagnon, 2016).

Dans cette revue de la littérature, six articles seront analysés, touchant les deux paradigmes. Quatre études sont disciplinaires tandis que les deux autres sont non disciplinaires. Ces études ont analysé les concepts* définis dans le cadre théorique*.

3.2 Collecte des données

La collecte des données* a été effectuée en deux temps. La première fois, de mars à mai 2019 puis la deuxième, de façon plus précise, d'octobre 2019 à avril 2020. Premièrement, il faut mettre en avant les concepts principaux de la question de recherche. Dans cette revue de la littérature, l'EMS, l'épuisement professionnel et la maltraitance sont les trois concepts prioritaires utilisés afin de trouver des études pertinentes. Ensuite, il est important de trouver des synonymes et de traduire les termes en anglais. Enfin, une recherche dans le thésaurus* de chaque base de données* est nécessaire afin d'obtenir des résultats précis. Il a donc fallu consulter plusieurs bases de données.

Les études choisies font partie de celles-ci : CINAHL*, Pubmed et LiSSa. Afin d'organiser la recherche, un tableau a été créé. Celui-ci a permis de répertorier les mots-clés. De plus, la combinaison de mots-clés avec l'opérateur « AND » a été efficace, ce qui a permis de trouver les six études.

¹ * Se référer au glossaire méthodologique situé en annexe (IV)

Recherche des mots-clés sur les thésaurus

Concepts	Mots-clés (anglais)	Mesh	Cinhal headings	Emtree
Etablissement médico-social (EMS)	Residential facilities	Homes for the aged Housing for the elderly Nursing homes	Nursing homes Nursing home patients Long term care	Health care facility, residential home Nursing home patient
Epuisement professionnel	Burnout, career burnout, professional burnout	Burnout professional, stress psychological, occupational stress, work stress	Nurse patient relations, attitude of health personnel, nurse attitude	Professional burnout, caregiver burnout
Maltraitance (des personnes âgées)	Abuse, mistreatment, neglect	Elder abuse	Workplace violence	Workload, shortage, burnout

Équation de recherche CINAHL

Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
(MH "Elder Abuse") AND (MH "Burnout, Professional") AND (MH "Residential Facilities")	0	0
(MH "Workload") OR (MH "Nursing Shortage") AND (MH "Burnout, Professional") OR (MH "Stress, Occupational") AND (MH "Nursing Homes") OR (MH "Nursing Home Patients") OR (MH "Residential Facilities") OR (MH "Residential Care")	60	2
(MH "Dementia") OR (MH "Delirium, Dementia, Amnestic, Cognitive Disorders") AND (MH "Residential Care") OR (MH "Residential Facilities") OR (MH "Long Term Care") AND (MH "Burnout, Professional") OR (MH "Stress, Occupational")	39	1

Équation de recherche Medline (Pubmed)

Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
((("Elder Abuse"[Mesh]) AND ("Burnout, Psychological"[Mesh] AND "Burnout, Professional"[Mesh])) AND "Long-Term Care"[Mesh])	0	0
((("Workload"[Mesh]) AND ("Burnout, Professional"[Mesh]) OR "Occupational Stress"[Mesh])) AND (((("Homes for the Aged"[Mesh]) OR "Housing for the Elderly"[Mesh]) OR "Residential Facilities"[Mesh]) OR "Nursing Homes"[Mesh])	48	2

Équation de recherche Embase

Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
('elder abuse'/exp AND 'burnout'/exp OR 'caregiver burnout'/exp AND 'long term care'/exp)	1	0
('professional burnout' :ab,ti OR 'caregiver burnout' :ab, ti) AND 'nursing home patient' :ab, ti OR 'long term care':af AND ('professional burnout'/exp OR 'caregiver burnout'/exp AND 'nursing home patient'/exp OR 'long term care'/exp)	45	0

Équation de recherche LiSSa

Equation de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
((démence.tl) OU (démence.mc)) ET ((Épuisement professionnel.tl) OU (Épuisement professionnel.mc))	17	1
((démence.tl) OU (démence.mc) OU (Troubles neurocognitifs.tl) OU (Troubles neurocognitifs.mc)) ET ((Épuisement professionnel.tl) OU (Épuisement professionnel.mc)) ET ((Maltraitance des personnes âgées.tl) OU (Maltraitance des personnes âgées.mc)) ET ((établissements de soins de long séjour.tl) OU (établissements de soins de long séjour.mc))	0	0

Le diagramme de flux PRSIMA en annexe (I) résume la sélection des études ci-dessus.

3.3 Sélection des données

Quelques critères ont permis de sélectionner les six études choisies. Tout d'abord, les études trouvées ont été filtrées selon l'année de publication. Celles-ci sont récentes, de 2016 à 2018. Ensuite, la sélection des articles s'est faite selon la disciplinarité. Quatre d'entre elles sont disciplinaires et deux sont non-disciplinaires. De plus, les études ont été triées après avoir lu le titre puis ensuite le résumé. Afin de mieux répondre à la question de recherche, les échantillons* sont tous composés de personnel soignant dont des infirmières, des ASSC et des aides-soignantes. Celles-ci ont soit travaillé dans le domaine des soins aux personnes atteintes de démence soit dans des soins de résidence. Chaque étude s'est intéressée aux principaux facteurs qui pourraient amener à la détresse morale ou à l'épuisement professionnel jusqu'à la maltraitance des aînés. Toutes les études concernant les soins palliatifs, les travailleurs sociaux, les proches-aidants, et les études secondaires n'ont pas été retenues. Enfin, la pyramide de preuve ayant permis de classer leur niveau de preuve peut être consultée en annexe (III).

3.4 Considérations éthiques

Dans le monde de la recherche, il est indispensable de prendre en compte les implications du chercheur face à la protection des droits de la personne. L'éthique de la recherche se définit ainsi : « Ensemble de principes qui guident et assistent le chercheur dans la conduite de la recherche. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 149). Cette définition signifie que toutes les recherches où des êtres humains sont impliqués, entraînent des considérations éthiques. Certaines recherches touchent plusieurs aspects du fonctionnement humain tels que : le comportement ou l'état de santé de la personne de tout âge, son mode de vie ou encore des prestations de soins. De plus, donner son consentement* après avoir obtenu toutes les informations concernant une étude, reste le principe d'éthique le plus important. Enfin, chaque institution doit assigner un comité d'éthique de la recherche* responsable d'estimer l'éthique des projets de recherche (Fortin & Gagnon, 2016).

L'étude de (Calvet, Charles & Clément, 2016) ne donne aucune information sur les considérations éthiques. Néanmoins, les cinq études restantes ont été approuvées par un comité d'éthique ainsi que quatre d'entre elles précisent que les participants ont donné leur consentement écrit.

3.5 Analyse des données

Chacune des études choisies ci-dessous sera décrite ainsi qu'une analyse détaillée sera faite sur sa validité méthodologique, sa pertinence clinique et son utilité pour la pratique infirmière. Des tableaux de recensions ont été faits, présents en annexe (II), afin de classer les informations obtenues de chaque étude et d'en ressortir les éléments principaux. Les études sont donc examinées afin de trier les renseignements qui se rapportent à la question de recherche. Les tableaux de recensions permettent également de définir les liens entre les concepts et déterminent les méthodes utilisées, les résultats et les conclusions de l'étude.

Liste des articles retenus

N°	Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niv. de preuve
1	Spenceley, S., Caspar, S., & Pijl, E.	Mitigating Moral Distress in Dementia Care: Implications for Leaders in the Residential Care Sector	2017	CINAHL	IV
2	Dhaini, S. R., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Simon, M., Kunz, R., De Geest, S., & Schwendimann, R.	Care workers health in Swiss nursing homes and its association with psychosocial work environment: A cross-sectional study	2016	CINHAL	IV
3	Neuberg, M., Železnik, D., Meštrović, T., Ribić, R., & Kozina, G.	Is the burnout syndrome associated with elder mistreatment in nursing homes: results of a cross-sectional study among nurses	2017	Pubmed	IV
4	Spencely, S., Witcher C.-S., Hagen, B., Barry, S., & Wilson, A.-K.	Sources of moral distress for nursing staff providing care to residents with dementia	2017	CINAHL	IV
5	Kandelman, N., Mazars, T., & Levy, A.	Risk factors for burnout among caregivers working in nursing homes	2018	Pubmed	IV
6	Calvet, B., Charles, J.-M., & Clément, J.-P.	Ressenti des professionnels et risque de burnout face aux résidents crieurs en EHPAD	2016	LiSSa	IV

4 Résultats

4.1 Description de l'Étude 1

Spenceley, S., Caspar, S., & Pijl, E. (2017). Mitigating Moral Distress in Dementia Care : Implications for Leaders in the Residential Care Sector. *Nursing Research*, 30(4), 45-60. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2017.25449>

Cette étude séquentielle exploratoire à méthode mixte* se déroule dans des établissements de soins résidentiels d'une province de l'ouest canadien. Cette recherche dure deux ans au total. Le but principal de cette étude est de faire ressortir l'importance du rôle du leadership au sein d'une équipe. Les soignants, effectuant des soins à des résidents vulnérables, peuvent rencontrer des problèmes comme la détresse morale. C'est ainsi, que l'objectif de cet essai se porte sur la fonction du leadership permettant d'atténuer cette dernière.

L'étude se mène auprès de 30 établissements de soins en milieu rural et urbain. Au total, 389 soignants, hommes et femmes confondus. Au niveau du personnel soignant, 67.1% sont des aides-soignantes, 18.9% des infirmières et 13.9% des infirmières auxiliaires. Plus de la moitié de l'échantillon a au moins dix ans d'expérience dans le domaine des soins aux personnes atteintes de démence. De plus, les lieux fournissant des soins aux personnes atteintes de démence ou d'autres maladies mentales sont inclus. Les chercheurs sélectionnent l'échantillon de façon ciblée, ce qui permet d'obtenir des participants de trois catégories, de sexe différent et ayant des années d'expérience au niveau des soins aux personnes atteintes de démence.

Ce qui concerne la collecte des données, celle-ci se compose en deux étapes. Premièrement, les auteurs choisissent une approche descriptive exploratoire*. Pour cela, des assistants en recherche recueillent des données qualitatives grâce à des entrevues semi-dirigées* qui durent entre 60 et 90 minutes. Les recueils de données s'arrêtent au moment où aucune nouvelle information est donnée par les participants. Deuxièmement, à l'aide de l'instrument Moral Distress in Dementia Care Survey (MDDCS), validé au préalable, il permet de rassembler les données quantitatives. Ces données servent à découvrir les différentes stratégies proposées par l'équipe soignante.

Durant l'analyse des données, les chercheurs retranscrivent les entretiens semi-structurés, ce qui permet de mettre en avant des catégories de réponses. Un codage* thématique s'effectue dans chacune de ces catégories. Des discussions en équipe permettent d'effectuer une liste finale de ces thèmes. De plus, en ayant eu une conversation

individuelle avec chaque participant, celui-ci confirme les informations reçues. Ensuite, le logiciel statistique (Statistical Package of the Social Sciences, SPSS, v.21) analyse les données quantitatives. L'alpha global de Cronbach* pour ce logiciel est de 0.95.

Les résultats obtenus sont les suivants : dans cette étude, trois thèmes apparaissent : les sources de détresse morale, les conséquences pour les soignants et les stratégies qui aident à atténuer celle-ci. Les sources de détresse morale qui ressortent sont : la gestion des comportements de démence, le manque de ressources, des attentes de soins incohérentes et les problèmes liés à la famille du résident. Au niveau des conséquences de cette détresse morale, des réactions émotionnelles et physiques, des effets sur les diverses relations, démissionner et suspendre son activité professionnelle ressortent des entretiens. Enfin, les stratégies, qui permettent de réduire cette angoisse, sont pour 87.9% « d'avoir suffisamment de personnel pour fournir de bons soins aux résidents », suivi de 82.4% « partager le rire et l'humour avec ses collègues ». Pour finir, 78.2% pensent que « avoir un responsable qui écoute mes préoccupations et propose des solutions » est une des solutions. Enfin, 70.9% suggèrent « avoir d'avantage d'éducation et de formation sur la manière de mieux s'occuper des personnes atteintes de démence ».

4.1.1 Validité méthodologique

Tout d'abord, l'étude obtient une approbation par deux comités d'éthique de la recherche universitaire de la province. De plus, tous les participants donnent leur consentement écrit et éclairé avant les entretiens. Ensuite, cette étude utilise un design à méthodes mixtes. Ceci permet donc d'obtenir des données quantitatives et qualitatives. Les résultats sont convaincants, car ces deux types de données sont complémentaires. Cet essai se déroule auprès de 389 personnels soignants. Lors des entretiens semi-structurés, seuls 18 soignants répondent aux questions, car à ce stade aucune nouvelle information est mentionnée par les participants. En déduction, il reste 371 personnes qui ne participent pas aux entretiens. Un biais* de sélection peut avoir lieu ici. Néanmoins, les chercheurs précisent que des totaux peuvent ne pas correspondre en raison de données manquantes. De plus, l'étude porte sur 30 établissements de soins différents comme les soins de longue durée. L'instrument de mesure MDDCS se fait tester dans sept lieux avec un taux de réponse à 62%. En ayant pu effectuer des modifications après avoir testé l'outil de mesure, les auteurs le distribuent aux 23 sites restants. Un biais d'évaluation peut donc avoir lieu, car les établissements de soins sélectionnés ne s'évaluent pas de la même manière. Enfin, lors de l'approche descriptive exploratoire qualitative, seulement six établissements de soins résidentiels et trois sites des soins à domicile sont questionnés sur les 30

établissements en tout. Ici, un biais de sélection pourrait exister également. Finalement, l'interprétation des résultats peut être touchée, car les situations des participants sont triées par situation.

4.1.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

En premier lieu, les auteurs concluent que les professionnels, qui accompagnent les personnes âgées atteintes de démence, sont à risque de développer une détresse morale. Cela peut s'expliquer par la gestion inappropriée des comportements liés à la démence comme par exemple, fournir des soins aux aînés déments sans soutien. C'est ainsi que des conséquences se forment comme des réactions émotionnelles et physiques qui, dans ce cas, peuvent avoir des effets néfastes sur diverses relations avec le résident et l'équipe soignante allant jusqu'à la démission. Dans ces informations, une nouvelle notion apparaît, celle du manque de soutien. Afin de renforcer ces différentes relations au sein d'une équipe soignante, il peut être possible d'organiser un regroupement avec le personnel soignant. Cette réunion peut aider à extérioriser les ressentis et d'entendre des propos positifs venant de l'équipe voire des supérieurs, ce qui peut alimenter cette notion de soutien.

Deuxièmement, la plupart de l'échantillon prétend que l'une des sources de la détresse morale est due au manque de personnel, ce qui ne permet donc pas d'effectuer des soins respectant les règles de l'art. Celle-ci montre également que 40% des participants déclarent que la satisfaction au travail diminue suite à cette détresse morale, ce qui peut expliquer également cette pénurie. Cette information peut également rejoindre la proposition précédente sur le fait de soutenir et valider le travail effectué afin d'avoir des nouvelles ressources permettant une amélioration de la satisfaction au travail.

De plus, 70.9% proposent de bénéficier des formations sur la manière de s'occuper des résidents déments. Néanmoins, plus de la moitié de l'échantillon présente au moins dix ans d'expérience dans ce domaine. Afin d'alimenter la pratique professionnelle, s'intéresser à l'évolution des soins infirmiers porte toute son importance. En Valais, la HES-SO en soins infirmiers informe tous les étudiants sur la nécessité et l'obligation de participer à des cours organisés au sein des futurs établissements de travail.

Enfin, les soignants mettent en avant l'importance du leadership au sein d'une équipe. Le fait que les dirigeants prennent le temps d'écouter les inquiétudes de l'équipe et de donner des solutions voire des ressources possibles, cela atténuerait les sentiments de détresse morale. C'est ainsi que la notion du leadership est importante à citer. Il est précieux que chaque établissement soit composé d'un leader non seulement afin de diriger le lieu en lui-

même, mais aussi de faire partie et être le pilier de l'équipe soignante afin de créer et renforcer une confiance mutuelle. Ce sujet est bien abordé à la HES-SO Valais en soins infirmiers. Néanmoins, il serait plus pertinent d'évoquer certaines conséquences négatives qu'un leadership pourrait amener au sein d'une équipe, tout en respectant le non-jugement de celui-ci.

4.2 Description de l'Étude 2

Dhaini, S. R., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Simon, M., Kunz, R., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2016). Care workers health in Swiss nursing homes and its association with psychosocial work environment : A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 105-115. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.011>

Cette analyse de données secondaire du projet transversale* se base sur les ressources humaines des maisons de soins suisses (SHURP). Cette étude s'effectue entre mai 2012 et avril 2013. L'essai énumère deux objectifs. Le premier objectif consiste à explorer la prévalence des problèmes de santé physique et mentale chez les travailleurs en soins. Le deuxième objectif permet d'explorer l'association entre certains facteurs de l'environnement psychosocial du travail.

En utilisant un échantillonnage* probabiliste*, plus précisément un échantillonnage aléatoire stratifié*, l'échantillon se constitue d'un total de 155 maisons de repos et 3471 participants. Dans l'ensemble, 92.4% sont de sexe féminin dont un tiers a plus de 50 ans. Le 23.6% sont des infirmières diplômées tandis que 42.9% sont des infirmières auxiliaires. Moins d'un tiers de l'échantillon travaille à plein temps (23.2%) avec plus de 20 ans d'expérience en tant qu'infirmière (23.9%). Plus de la moitié affirme avoir fait des heures supplémentaires moins d'une fois par semaine (75%).

Au niveau de la collecte de données, les chercheurs utilisent plusieurs questionnaires. Ils recueillent des données sociodémographiques et professionnelles sur les participants à l'aide d'un questionnaire sur le personnel soignant de l'étude SHURP. De plus, ils récoltent leur perception de l'environnement de travail, les facteurs de stress, la violence au travail et les conséquences sur la santé physique et mentale. Les auteurs saisissent les caractéristiques de l'établissement de soins et le nombre de résidents atteints de démence présent dans l'unité à partir des questionnaires de l'administration SHURP. Ils examinent quatre problèmes de santé physique : les douleurs dorsales et articulaires, mesurées à l'aide d'une échelle de Likert* à 3 points, des blessures par accident d'exposition au sang (AES), en utilisant un questionnaire de l'étude RICH-Nursing et les allergies liées au travail,

mesurées grâce à l'échelle de Likert en 3 points. Ensuite, quatre résultats en matière de santé mentale sont examinés : la fatigue, l'insomnie et les maux de tête se calculent à l'échelle de Likert à 3 points et l'épuisement émotionnel se mesure sur une échelle de Likert à 7 points tout en se référant au MBI. Les chercheurs sélectionnent les éléments sur le stress au travail à partir de l'inventaire du stress des professions de santé, ce qui permet de mesurer la fréquence de plusieurs facteurs de stress liés au travail sur une échelle de Likert à 5 points. Ensuite, ils utilisent la cohérence interne * (alpha de Cronbach) afin de mesurer certains facteurs de stress liés : à la charge (alpha de Cronbach 0.73), au manque de préparation au travail (alpha de Cronbach 0.63), et au conflit et manque de reconnaissance (alpha de Cronbach 0.76). Pour finir, la violence sur le lieu de travail se mesure par les comportements agressifs verbaux et physiques des résidents à l'aide de l'échelle de Ryden.

Toutes les analyses s'effectuent depuis le logiciel Statistics 21.0. Afin d'atteindre le premier objectif, les auteurs utilisent des statistiques descriptives. Pour le deuxième objectif, les chercheurs optent pour une régression bivariée afin d'explorer les associations entre les caractéristiques des établissements et des travailleurs de soins. De plus, des modèles de régressions multiples* à équation d'estimation généralisée ont permis de prendre en compte le regroupement des participants dans les unités de maisons de soins. Ces régressions multiples ont estimé les rapports de cotes (OR) et les intervalles de confiance à 95% pour les facteurs de risque. Enfin, les chercheurs dichotomisent les résultats de santé afin de saisir les travailleurs soignants dont la santé est compromise selon leurs propres déclarations.

Les résultats de l'étude sont les suivants : les douleurs dorsales (19.0%) et l'épuisement émotionnel (24.2%) sont les problèmes de santé physique et mentale les plus fréquemment signalés. Les douleurs dorsales s'associent à une charge de travail accrue (odds ratios (OR) à 1.52, IC 1.29-1.79), à des conflits avec d'autres professionnels de la santé et à un manque de reconnaissance (OR 1.72, IC 1.40-2.11), et à des agressions verbales fréquentes de la part des résidents (OR 1.36, IC 1.06-1.74). L'épuisement émotionnel se lie à une charge de travail accrue (OR 1.96, IC 1.65-2.34), à un manque de préparation au travail (OR 1.41, IC 1.14-1.73), et à des conflits avec d'autres professionnels de la santé et à un manque de reconnaissance (OR 1.68, IC 1.37-2.06).

4.2.1 Validité méthodologique

Tout d'abord, le comité de l'Etat « Beider Basel » donne son approbation éthique et tous les participants rendent leurs consentements écrits. De plus, dans cette étude, le

pourcentage de résidents atteints de démence se calcule par un rapport au nombre total de résidents présents dans les unités au moment de l'enquête. Au total, 24.4% des aînés sont atteints d'une démence. Cette donnée n'est pas associée aux résultats. Un biais d'évaluation peut avoir lieu dans ce cas. Néanmoins, les résultats de celle-ci montrent que les blessures musculo-squelettiques sont fréquentes dans les maisons de retraite, ce qui explique que les aînés dépendent du personnel de soins afin de satisfaire leurs besoins comme prendre un bain, soulever voire repositionner la personne. De plus, le devis transversal a comme but d'évaluer la multiplicité d'un événement voire d'un comportement dans une population donnée (Fortin & Gagnon, 2016). Celui-ci ne permet donc pas d'effectuer le lien causal sur les différentes relations. Ensuite, cette étude ne possède pas un groupe de comparaison, ce qui peut avoir un effet sur l'interprétation des résultats. Enfin, les auteurs ont comme deuxième objectif d'évaluer le lien entre les différents facteurs de l'environnement psychosocial du travail. Cependant, les variables* choisies par les chercheurs sont autodéclarées. Finalement, les personnes ayant quitté leur travail sont exclues de l'étude, ce qui peut amener à une sous-estimation des résultats en lien avec l'état de santé au travail.

4.2.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Premièrement, cette étude s'intéresse non seulement à l'épuisement émotionnel, mais également aux problèmes physiques qui peuvent apparaître comme conséquences lors de l'accompagnement des résidents vulnérables. Les douleurs dorsales peuvent aussi avoir, à long terme, un impact sur l'épuisement professionnel. De plus, l'essai met en avant une information essentielle : la plupart des aînés atteints de démence ont besoin d'aide lors des AVQ, ainsi les outils ergonomiques ne sont pas utilisés de façon cohérente.

Ensuite, cette étude met en évidence les éléments qui amènent les participants à un épuisement émotionnel. Ceux-ci sont la charge de travail, le manque de préparation au travail et les conflits avec d'autres professionnels. Cette recherche découvre une nouvelle cause, qui n'est pas abordée dans les études précédentes, celle du manque de reconnaissance. En effet, ce thème est abordé au sein de la société suisse. Des manifestations se déroulent régulièrement à ce sujet. Néanmoins, la population pratiquant un métier dans le domaine de la santé, proclame un non-changement dans ce domaine. Il est à se demander si cette non-reconnaissance aggranderait le risque de la maltraitance des personnes âgées, plus particulièrement celles atteintes de démence, car la prise en charge demande une attention particulière.

Enfin, cette étude s'effectue au sein de 155 maisons de repos en Suisse. Néanmoins, elle ne précise pas les cantons touchés. Au niveau cantonal, le système de santé suisse fonctionne selon différentes organisations. Il serait donc pertinent d'obtenir des informations plus précises afin de pouvoir effectuer une transférabilité des résultats dans le canton du Valais.

4.3 Description de l' Étude 3

Neuberg, M., Železnik, D., Meštrović, T., Ribić, R., & Kozina, G. (2017). Is the burnout syndrome associated with elder mistreatment in nursing homes : Results of a cross-sectional study among nurses. *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*, 68(3), 190-197. <https://doi.org/10.1515/aiht-2017-68-2982>

Cette étude transversale se mène auprès des professionnels de la santé travaillant dans des maisons de retraite en Croatie. La durée de l'étude n'est pas mentionnée mais les chercheurs ont obtenu des réponses entre octobre et décembre 2016. Le but de cet essai est d'évaluer la présence du syndrome d'épuisement professionnel chez le personnel soignant. Ceci permettra alors d'étudier de quelle manière il est lié à leur perception de maltraitance des personnes âgées dans les maisons de retraite.

En utilisant un échantillonnage probabiliste, l'étude se réalise auprès de 171 professionnels, dont 86.5% sont des femmes. Les unités de soins prolongés sont les lieux les plus travaillés (70.8%) suivis des maisons de retraite publiques (22.2%). Les critères d'inclusion sont : des infirmières ayant un diplôme d'enseignement secondaire, d'un diplôme de deuxième ou troisième cycle en soins infirmiers et qui étaient affectées à des soins auprès de personnes âgées. L'âge médian est de 41 ans et l'année médiane de l'expérience professionnelle est de 20 ans.

Au niveau de la collecte des données, celle-ci s'effectue en deux parties. Tout d'abord, afin d'évaluer le syndrome d'épuisement professionnel, les auteurs utilisent une version croate standardisée de l'inventaire de Maslach Burnout Inventory pour l'enquête sur les services humains (MBI-HSS). Celui-ci comporte trois dimensions : l'épuisement émotionnel qui mesure le sentiment de fatigue physique et psychologique extrême et de surmenage avec un score maximale de 54 points. Ensuite, la dépersonnalisation se compose d'un sentiment d'insensibilité et une réponse impersonnelle aux destinataires, mesurée avec un score maximal de 30 points et l'accomplissement personnel qui quantifie l'expérience de compétences et de réussite professionnelle allant jusqu'à 48 points. Cet inventaire est composé de 22 questions notées sur une échelle de Likert allant jusqu'à 7 points. En ce qui

concerne la deuxième partie, deux questionnaires permettent d'évaluer la façon dont les participants perçoivent la maltraitance des personnes âgées. Le premier se compose de 25 éléments qui servent à établir les attitudes, les expériences et la sensibilisation, le tout noté à l'aide de l'échelle de Likert avec 5 points au maximum. Le deuxième questionnaire se compose de 22 interrogations qui permettent de mesurer le taux de maltraitance et de négligence des aînés. Le personnel soignant évalue la fréquence à laquelle il est témoin des comportements décrits par certains items, comme par exemple « forcer un résident à l'alimentation ». Les deux questionnaires sont pré-testés dans le cadre d'une étude pilote de validation.

À l'aide du logiciel statistique (StatSoft, v. 13.0, Dell Software, Austin, TX, USA) les auteurs analysent toutes les données. Celles-ci se fixent que sur les éléments dont la cohérence interne est validée par Cornbach $\alpha > 0.7$ lors des tests préliminaires. Grâce au test de Kolmogorov-Smirnov, les chercheurs analysent la normalité de la distribution. De plus, ils choisissent des tests non paramétriques* appropriés dans les analyses ultérieures. Le test du khi-deux* permet d'évaluer les différences entre les dimensions du burnout. Les coefficients de corrélation de Spearman* ont analysé les corrélations entre les scores de burnout et de maltraitance. La régression logistique binaire est choisie afin de prévenir les niveaux élevés d'épuisement pour chaque dimension du MBI-HSS qui présenteraient une corrélation significative avec les éléments de maltraitance. Les valeurs $p < 0.05$ sont considérées comme statistiquement significatives.

Les principaux résultats de cette étude sont : l'épuisement émotionnel est présent chez 43.9% des répondants et la dépersonnalisation à 22.2%. De plus, 39.8% prétendent que leur accomplissement personnel est faible. Ensuite, 55% ont vu un résident crier de colère, 43% insulter et jurer contre un résident, 42% suralimenter le patient, 39% ignorer et 38% négliger la mobilisation du résident afin d'éviter les escarres. La probabilité d'un épuisement émotionnel élevé augmente de façon significative chez les participants qui croient que les aînés ont recours inutilement à des sonnettes (OR = 1.65). Néanmoins, les répondants qui participent à des conférences sur les soins aux personnes âgées ont la plus faible probabilité d'avoir un épuisement émotionnel élevé (OR = 0.59). Par la suite, la probabilité d'une dépersonnalisation élevée augmente de manière significative chez les personnes qui ne peuvent pas répondre aux atteintes des aînés (OR = 1.81). Pour finir, le sens de l'accomplissement personnel est plus élevé chez le personnel soignant qui a lu des ouvrages professionnels sur les soins aux personnes âgées (OR = 0.56).

4.3.1 Validité méthodologique

En premier lieu, l'approbation éthique est approuvée par des comités d'éthique de la recherche. De plus, il est à préciser que le consentement écrit de tous les patients est obtenu. Ensuite, cette étude utilise une version croate standardisée du MBI afin d'évaluer le syndrome de l'épuisement professionnel. Il n'est pas précisé dans l'étude si les auteurs ont testé cet outil auparavant afin d'obtenir une validité de l'instrument, ce qui peut éviter un biais d'évaluation. Ensuite, la taille de l'échantillon peut être limitée malgré un taux de réponse à 85.5%. En effet, les chercheurs mettent en évidence que les études précédentes, réalisées en Croatie, n'ont pas exploré le sujet de la maltraitance des aînés dans les maisons de retraite face au syndrome de l'épuisement professionnel. C'est ainsi qu'un échantillon de taille plus élevée peut être adéquat à l'interprétation des résultats.

L'interprétation de la conclusion pourrait être limitée par la désirabilité sociale, ce qui voudrait dire qu'un biais peut être indiqué, car cela consisterait à vouloir se présenter sous un jour favorable à ses interlocuteurs. De plus, les auteurs précisent qu'un biais de rappel peut également faire partie de la limite à l'interprétation de la conclusion.

4.3.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Tout d'abord, cette étude détermine le taux de négligence au niveau des personnes âgées, comme par exemple les soignants qui ne mobilisent pas un résident afin d'éviter les escarres. Il est à savoir que les escarres non-traitées provoquent des douleurs intenses allant jusqu'à une amputation. De plus, l'essai met en évidence, de façon significative, que la probabilité d'un épuisement émotionnel est élevée chez les soignants ayant de fausses représentations sur les besoins des aînés. Néanmoins, les répondants qui participent à des conférences sur les soins aux personnes âgées ont la plus faible probabilité d'avoir un épuisement émotionnel élevé. Tout cela met en avant l'importance de la formation et des connaissances plus spécifiques chez la personne âgée.

Ensuite, la Croatie a pris des mesures afin d'organiser les programmes d'études en soins infirmiers avec la directive européenne en 2013. Depuis, l'inclusion d'un plus grand nombre de matières touchant la sociologie de la santé est exigée et les heures de cours sur la santé des personnes âgées sont doublées. Il serait alors pertinent que ces chercheurs s'intéressent aux effets de ces mesures afin d'évaluer une amélioration au niveau des maisons de retraite en Croatie.

Enfin, en Valais, il existe tout un module sur la population vieillissante. Néanmoins, le sujet sur la maltraitance est peut ressorti à la HES-SO en soins infirmiers, contrairement à la Haute Ecole de la Santé, dans le canton de Vaud, où un module est destiné à la maltraitance envers les personnes âgées.

4.4 Description de l'Étude 4

Spenceley, S., Witcher, C. S., Hagen, B., Salle, B., & Kardolus-Wilson, A. (2017). Sources of moral distress for nursing staff providing care to residents with dementia. *Dementia*, 16(7), 815-834. <https://doi.org/10.1177/1471301215618108>

Cette étude exploratoire et descriptive se réalise dans une autorité d'une province de l'ouest canadien. Les auteurs n'indiquent pas la durée de celle-ci. Le but de cet article est de partager les résultats qui élucident les sources de la détresse morale vécue par les soignants dans des unités de soins résidentiels des personnes atteintes de démence.

En ayant utilisé un échantillonnage non-probabiliste*, l'échantillon se compose de 18 participants, dont sept aides-soignantes, six infirmières et cinq ASSC. Dix font partie de la localisation urbaine et les huit autres du côté rural. Sept d'entre elles sont âgées entre 45 et 65 ans, six entre 18 et 30 ans et quatre entre 21 et 44 ans. En revanche, les personnes qui ne participent pas régulièrement aux soins des résidents de démence ou qui n'ont pas au moins 18 ans sont exclues de l'étude.

Au niveau de la collecte des données, celle-ci s'effectue par deux assistants de recherche qui sont intensivement formés aux entretiens qualitatifs et soutenus tout au long du processus. La collecte se passe en même temps que l'analyse des données. Les entretiens semi-structurés durent environs deux heures. Ceux-ci se déroulent jusqu'à ce qu'aucune information ne soit identifiée. Tous les entretiens sont enregistrés en audio puis retranscrits mot à mot par un transcripteur professionnel. Le transcripteur se lie par un serment de confidentialité *. Les transcriptions sont alors vérifiées par un membre de l'équipe de recherche afin d'en assurer l'exactitude.

Toutes les données se gèrent à l'aide d'un logiciel (version 10 de NVivo). Les fichiers audios numériques se transcrivent textuellement. Chaque participant obtient un code et les transcriptions s'examinent de toute information d'identification personnelle. Les données se soumettent à une approche d'analyse thématique, dans le cadre dans lequel des thèmes s'identifient. Ce déroulement commence par la lecture de chaque transcription et la déconstruction des données avec un codage ouvert des mots et des phrases. De plus, les

chercheurs inventent des codes initiaux pour décrire les parties de texte jugées significatives. Ensuite, l'analyse progresse vers la recherche et l'identification des thèmes. Le codage s'effectue auprès de trois membres différents de l'équipe de recherche. De plus, l'ensemble de l'équipe organise deux réunions afin de communiquer des thèmes qui nécessitent des clarifications ou des développements supplémentaires. Enfin, chaque thème se résume et une vérification se fait auprès des participants afin de garantir la précision de l'interprétation.

Les résultats de cette étude sont les suivants : tout d'abord, six thèmes ressortent des entretiens. Le premier thème est intitulé « des attentes contradictoires en matière de soins ». Les participants disent se sentir obligés de fournir des soins qui entrent en conflit avec leurs croyances et connaissances. Un des participants dit : « *La détresse morale vient de la dynamique familiale. Vous savez ce dont le résident a besoin, nous sommes leurs yeux, leurs oreilles* ». Certains font même part de leur sentiment d'impuissance, plus précisément, de devoir se plier aux attentes des familles. La plupart mentionne les médecins qui ne se rendent rarement sur place. Le deuxième thème est « garder le silence ». Les soignants ont mis en avant l'idée d'être coincés dans une ligne de conduite qui semble mauvaise. « *Si je suis en train de les harceler tout le temps pour leur travail, ils vont me détester et c'est vraiment dur de travailler avec des gens qui vous détestent* » dit un des soignants. Le troisième thème ressorti est « l'absence de responsabilité ». Celui-ci est considéré comme ayant de sérieuses implications. « *Il avait la maladie d'Alzheimer et ses soins étaient négligés* ». Certains ont exigé des conséquences pour ceux qui ont manqué leurs devoirs. De plus, d'autres ont rajouté à ce thème le manque de formation qui préparerait le terrain à l'échec de responsabilisation. Le thème suivant est « l'échec du leadership ». Les participants ont fait part que les leaders occupant des postes de direction et de décision, ne se rendaient pas compte de la réalité des environnements de soins. Ensuite, l'avant-dernier thème qui est ressorti est : « un mauvais modèle de soins ». Certains ont aperçu que des éléments structurels étaient inadaptés aux besoins des résidents. Finalement, le dernier thème se nomme « une culture des tâches par contact ». Ce thème fait ressortir le manque de temps pour fournir de bons soins respectant l'humanité, une course contre la montre selon certains.

4.4.1 Validité méthodologique

Tout d'abord, cette étude obtient une approbation éthique par deux comités universitaires d'éthique de recherche de la province. De plus, les chercheurs expliquent en détail l'étude aux personnes donnant leur consentement éclairé. Ensuite, l'échantillon de cet essai se

compose d'un petit échantillon, au total 18 participants. Dans ce cas-là, l'interprétation des résultats peut être limitée. L'échantillonnage utilisé dans celle-ci est de type non-probabiliste, ce qui peut engendrer un risque de biais de sélection. Afin de prévenir ce biais, il est proposé d'utiliser la randomisation, ce qui n'est pas mentionné par les auteurs. Enfin, comme dans la plupart des études, il est possible que les participants choisissent de ne pas révéler certaines informations pour différentes causes. Ceci peut également réduire la transférabilité des résultats.

4.4.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Cette étude met en avant les sources de la détresse morale vécue par l'équipe soignante effectuant des soins auprès des aînés atteints de démence. Certaines sources de détresse morale sont également citées dans les études précédentes telles que l'échec du leadership, l'absence de formation et le manque de temps. Néanmoins, deux nouvelles sources ressortent de cet essai.

Premièrement, les participants évoquent que leurs attentes sont contradictoires en matière de santé. De façon plus précise, ils déclarent se sentir obligés d'effectuer des soins qui vont à l'encontre de leurs croyances et connaissances. Cette source de détresse morale se lie, d'après l'échantillon, avec les conflits venant des familles dont leurs proches vivent en EMS. Dans certaines situations, il est compréhensible que les familles ou les proches expriment leurs inquiétudes. Pour cela, il existe dans certains cantons, comme celui de Genève, où des groupes de parole sont organisés avec la famille des résidents afin d'échanger sur différentes thématiques. Ceci peut permettre aux proches d'obtenir des informations nécessaires à la compréhension de la maladie de l'aîné et de connaître les diverses conséquences qui peuvent survenir au cours de la pathologie. Ainsi, les conflits entre l'équipe soignante et les familles peuvent diminuer.

Enfin, la deuxième nouvelle source de détresse morale qui ressort de cette étude se base sur le fait de « garder le silence ». Plusieurs participants disent garder ce silence afin d'éviter certaines conséquences avec l'équipe soignante. En effet, une autre participante évoque : « *si je suis en train de les harceler tout le temps pour faire leur travail, ils vont me détester et c'est dur de travailler avec des personnes qui ne vous aiment pas* ». Plusieurs liens peuvent s'appuyer. Tout d'abord, l'entente avec l'équipe reste primordiale afin d'éviter ou du moins surmonter les conflits. Pour cela, la communication joue un rôle important, car elle peut être différente selon les cas. Ensuite, cette situation peut se joindre avec le fonctionnement du service et/ou au niveau du rôle du leadership. Toutes ces notions sont

déjà citées dans d'autres études. C'est pour cela que la communication et les connaissances actualisées portent toute leur importance dans ce métier.

4.5 Description de l'Étude 5

Kandelman, N., Mazars, T., & Levy, A. (2018). Risk factors for burnout among caregivers working in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 147-153.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13891>

Cette étude quantitative à enquête observatoire se déroule au sein d'un réseau de soins unique en France qui se nomme « Agekanonix ». Ce réseau se situe dans la banlieue du nord à Paris. L'étude dure entre octobre 2013 à avril 2014. Son objectif est d'évaluer chez le personnel soignant, travaillant dans des maisons de retraite, le niveau d'épuisement professionnel. Ensuite, les chercheurs évaluent les facteurs de risque possibles au sein de cette population.

Afin d'obtenir des informations, les auteurs choisissent d'utiliser un échantillonnage non-probabiliste. Au total, 124 professionnels dont 111 femmes et 13 hommes participent à l'étude. L'âge moyen est de 41 ans et plus de la moitié est en couple. Les professions les plus courantes sont : les infirmières auxiliaires (44%), les assistantes à domicile (20%) et les infirmières (17%). La moyenne* d'expérience professionnelle est de sept années.

Pour la collecte des données, les chercheurs distribuent les questionnaires à tous les soignants rencontrés travaillant de jour et/ou de nuit. Au total, ils remettent 360 questionnaires de seize maisons de retraite. Deux maisons de retraite refusent de participer, ce qui donne un taux de réponse de 37%. Néanmoins, les auteurs analysent 94% des questionnaires. Ceux-ci se divisent en trois catégories : le niveau de burnout, les données démographiques et les sources de stress. Grâce à une version française validée du MBI, les explorateurs notent le niveau de burnout, composé de 22 points. Le MBI évalue trois dimensions : l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel. Ensuite, les données démographiques comprennent l'état civil, le nombre d'enfants et les facteurs liés à la santé. De plus, les chercheurs effectuent une recherche documentaire en anglais et des entretiens avec des médecins et directeurs de maisons de retraite afin de définir les facteurs qui pourraient être associés à l'épuisement professionnel. Cet item se compose : du contexte professionnel (la profession, le nombre d'années d'expérience et les antécédents d'agression au travail), du nombre d'heures de travail par jour, de la charge de travail (rapport entre le nombre de résidents et le nombre total de soignants, et le nombre de résidents dépendants) et de l'organisation des maisons de soins

infirmiers. Enfin, à l'aide de l'échelle autonomie gérontologique groupes iso-ressources (AGGIR), les auteurs évaluent le niveau d'autonomie des aînés. Cette échelle permet de mesurer les limitations des AVQ et l'orientation des personnes âgées.

Afin d'analyser les données, les chercheurs utilisent des régressions logistiques* univariées afin d'obtenir des associations statistiques entre différentes variables et la présence d'épuisement professionnel. De plus, la régression logistique à plusieurs variables s'effectue en ayant les facteurs avec une valeur-p à < 0.02 pour les analyses univariées. Les résultats se formulent en OR avec un IC à 95%. Pour comparer les valeurs numériques, les auteurs emploient le test t* ou le test de Wilcoxon. Ensuite, afin de comparer les variables catégorielles*, ils utilisent le test de Fisher ou le Chi². Les valeur-p < 0.05 sont considérées comme significatives.

Les principaux résultats ressortis sont : au total, 29% des soignants obtiennent des scores élevés pour l'épuisement professionnel et 18% décrochent des scores élevés pour les questions de dépersonnalisation. Ainsi, le taux d'épuisement est de 40%. De plus, en ayant un taux supérieur d'aides-soignants, 90% ont connu des antécédents d'agressivité venant d'un résidant. Enfin, les facteurs de risque liés à l'épuisement professionnel sont : la présence de protocoles institutionnels comme l'annonce de décès (OR : 3.7), travailler dans un établissement à but lucratif (OR : 2.6) et avoir des antécédents d'agressivité par un résidant (OR : 6.2). En revanche, les facteurs les moins associés à l'épuisement professionnel sont : avoir des hobbies (OR : 0.4) et la profession d'infirmier (OR : 0.3).

4.5.1 Validité méthodologique

Premièrement, des comités d'éthique approuvent cette étude. Les auteurs précisent que l'enquête reste confidentielle et anonyme. Néanmoins, il n'est pas précisé que les participants donnent leur consentement éclairé, une étape essentielle dans le domaine de la recherche.

En second lieu, cette étude se compose d'un petit échantillon suite à un taux de réponse à 37%. Un biais d'échantillonnage* peut avoir lieu. De plus, les score de l'échelle AGGIR n'est pas indiqué. Cette information permettrait de connaître le taux de personnes âgées nécessitant un accompagnement au quotidien et de le lier à l'épuisement professionnel. Néanmoins, plus de la moitié de l'échantillon dit être fatiguée après avoir eu des agressions venant des résidants. En utilisant des données qualitatives, il serait pertinent de savoir à quel moment ou de quelle façon les résidants deviennent agressifs. Ceci peut changer l'interprétation des résultats.

Pour finir, les explorateurs distribuent les questionnaires à seize maisons de retraite en sachant que l'échantillon se compose de 20% d'assistants à domicile. Un biais de sélection peut également apparaître. Le plus grand biais possible dans cette étude est lié au choix de l'échantillonnage. Afin d'éviter un biais de sélection, une randomisation empêche la survenue de celui-ci. Ici, les auteurs ne l'utilisent pas.

4.5.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Tout d'abord, 90% des participants affirment être épuisés suite à des agressions venant des résidents. Cette information rejoint l'importance d'avoir plus de formation concernant les personnes âgées atteintes de démence. Il est pertinent de comprendre le fonctionnement de ces aînés et de concevoir la façon dont ils perçoivent le monde en sachant qu'un moindre geste peut les effrayer. Pour se faire, à Genève, des stimulateurs de vieillesse sont utilisés afin de découvrir les difficultés physiques que les seniors rencontrent. La HES-SO Valais en soins infirmiers utilise également ces stimulateurs durant un module concernant l'année de maturité santé. De plus, le salon des métiers et formation « Your Challenge » collabore avec l'institution de la HES-SO. Ces exercices sont aussi présentés durant ces quelques jours d'exposition. Il est donc important de profiter de ces occasions afin de « se mettre à la place de l'autre » et d'essayer de comprendre les ressentis des personnes âgées. Les difficultés physiques peuvent également avoir des conséquences chez les aînés qui, au long terme, s'épuisent et peuvent devenir agressifs.

Deuxièmement, un élément nouveau ressort de cette étude. Un des facteurs de risque lié à l'épuisement professionnel est le fait de disposer de protocoles dans les établissements, comme l'annonce de décès. Les auteurs se demandent si les protocoles sont créés par des personnes du domaine non-médical. Il est important de se poser cette question, car l'approche peut être différente. En Valais, la HES-SO en soins infirmiers prépare les étudiants à l'annonce d'un décès, respectant plusieurs étapes et demande parfois une collaboration avec le médecin ou d'autres soignants. Il est évident que l'expérience dans ce domaine joue un rôle essentiel et peut favoriser une meilleure approche lors de l'annonce. C'est pour cela qu'une personne ne travaillant pas dans le domaine médical pourrait ne pas visualiser certains aspects importants dans ce protocole.

Finalement, l'étude montre que les loisirs réguliers protègent les soignants de l'épuisement professionnel. Ceci met en évidence l'importance de trouver un équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle. En voulant prendre soins des autres, il faut tout d'abord prendre soins de soi. Ceci permet de se ressourcer et favoriser l'efficacité au travail ce qui peut également diminuer le travail à but lucratif.

4.6 Description de l'Étude 6

Calvet, B., Charles, J.-M., & Clément, J.-P. (2016). Ressenti des professionnels et risque de burnout face aux résidents crieurs en EHPAD. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 17(98), 125-135. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.10.005>

Cette dernière étude quantitative s'effectue dans trois EHPAD dans la région de Bergerac située en France. Celle-ci se réalise durant la période du printemps 2014. Deux buts se définissent dans cet essai. Le premier consiste à examiner les ressentis des soignants s'occupant des résidents déments. En deuxième temps, les auteurs cherchent à obtenir des propositions venant des participants afin d'améliorer les ressentis négatifs.

En utilisant un échantillonnage probabiliste, l'échantillon se compose d'une population de 52 personnes. Celle-ci se constitue de 36 soignantes (infirmières, aides-soignantes et aides-médicopsychologiques) et seize agents de service hospitaliers travaillant dans trois EHPAD. Tous les participants se confrontent à des personnes âgées atteintes de démence. La moyenne d'âge de la population est de 38.5 ans et la moyenne de l'ancienneté dans l'établissement est de neuf mois.

Pour la collecte des données, les chercheurs distribuent des questionnaires auprès de l'équipe soignante confrontée à des résidents atteints de démence. Ce questionnaire se compose de trois parties : un item abordant les données sociodémographiques, puis un item sur l'évaluation du ressenti des soignants face aux comportements des résidents. Cette partie permet également aux participants de répondre à des questions ouvertes pourtant sur les sentiments éprouvés grâce à une échelle numérique allant de 0 (absence de ressenti) à 10 (ressenti maximal). Le dernier thème permet d'énoncer des solutions pouvant améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de démence.

Au niveau de l'analyse des données, les auteurs répartissent l'échantillon selon leur catégorie professionnelle, leur ancienneté et le groupe d'âge. Ensuite, les résultats sont écrits de façon descriptive en pourcentage par rapport au nombre de participants. En ce qui concerne les questions ouvertes abordant les ressentis des participants, les réponses se regroupent selon l'échelle numérique. De plus, les solutions proposées par les professionnels s'expriment aussi en pourcentage. Les chercheurs utilisent une analyse descriptive pour mesurer l'échantillon. Ces analyses permettent de calculer, pour chaque variable, la fréquence, la moyenne et la déviation. Ensuite, pour des analyses comparatives, les auteurs utilisent le test du χ^2 de Pearson* ou le test de Fisher. Ceux-ci permettent de comparer les diverses stratégies proposées par l'échantillon. Enfin, toutes

ces analyses se réalisent grâce au logiciel SPSS 20.0 (IBM Corporate). Le seuil de signification pour les analyses ayant une valeur-p à < 0.05 est retenu.

Les résultats ressortis de cette étude sont les suivants : lorsqu'un résidant atteint de démence crie, 38.8% des participants ressentent une interrogation liée à une demande d'aide de la part de l'équipe soignante. De plus, 24.5% se sentent anxieux et 18.4% se montrent incompréhensifs face à ce comportement. Ensuite, 6.1% sont agressifs envers le résidant et 4.1% perçoivent un sentiment d'échec / d'impuissance ou d'asthénie. En revanche, lorsque ces cris deviennent récurrents, certains ressentis augmentent. L'asthénie passe à 21.4% contre 4.1% et le taux d'agressivité s'élève à 11.9%. Au niveau des solutions, voici ce que les participants ressortent : 43,9% disent que l'amélioration des connaissances pour la formation est importante. L'autre solution, citée avec un taux de réponse à 34.1%, est de faire en sorte de mieux comprendre la situation par des analyses de comportements en réunions pluridisciplinaires ou de faire intervenir une équipe mobile en psychogériatrie. Pour finir, 23.1% proposent de réorganiser les soins de façon plus spécifique à la situation du résidant.

4.6.1 Validité méthodologique

Premièrement, cette étude ne mentionne aucun comité qui donne une approbation éthique. De plus, aucune notion n'est abordée sur le consentement écrit des participants, élément clé lors d'une recherche. Ensuite, un faible échantillon participe à l'étude, ce qui peut limiter l'interprétation des résultats. Les chercheurs choisissent d'utiliser des questions ouvertes à propos des ressentis éprouvés lors de la confrontation des aînés déments. Les questions ouvertes permettent d'obtenir des réponses qui aideront à développer voire à analyser la thématique posée dans la question. Deuxièmement, comme l'indique le titre de l'étude, celle-ci se base sur les résidants « crieurs », une apparition fréquente lors de démence. Cet essai est le premier des six choisis évoquant des symptômes liés à des SCPD. Ces cris peuvent effectivement avoir des ampleurs au niveau des soignants allant jusqu'à des comportements maltraitants envers les aînés. Enfin, elle met en avant le terme de « tâches répétitives » lorsque les soignants s'occupent des personnes âgées vulnérables, ce qui peut entraîner donc des épuisements à long terme.

4.6.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle

Dans cette étude, un nouvel élément apparaît, celui de la chronicité des symptômes liés aux SCPD. Les auteurs utilisent le terme de « cris récurrents ». Ils comparent donc les ressentis face à l'apparition des cris « uniques » et face à des cris répétitifs. Les auteurs

mettent en avant des résultats pertinents. En effet, l'asthénie, l'irritabilité et l'agressivité augmentent chez l'équipe soignante accompagnant les personnes âgées ayant des cris récurrents. Cette étude fait le lien entre les aînés déments et le comportement d'agressivité chez les soignants. Néanmoins, une forte interrogation se manifeste chez l'échantillon lorsque les personnes âgées émettent des cris « uniques ».

Ces éléments montrent que les personnes âgées ayant des SCPD peuvent être à risque de maltraitance. C'est ainsi, que les participants proposent certaines améliorations. La solution la plus citée est celle de l'amélioration des connaissances par la formation. En effet, avoir un niveau de connaissances plus élevé permettra aux personnes de se rendre compte que le cri est parfois le seul langage qui reste aux aînés afin de montrer leur désaccord et d'avoir encore un peu de pouvoir décisionnel dans leur vie. Certains font part de l'intérêt de mobiliser certaines équipes mobiles telles que la psychogériatrie. Afin d'améliorer la pratique professionnelle, des certificats postgrades (CAS) sont organisés à la HES-SO en soins infirmiers en Valais touchant la psychiatrie des personnes âgées. Ceux-ci permettent aux soignants de développer de nouvelles expertises. En effet, en ayant des soignants spécialisés dans ce domaine dans des EMS, la prise en charge des aînés atteints de démence peut percevoir certains changements. Ceci peut alors améliorer la prise en charge des aînés et diminuer les conséquences comme l'agressivité.

4.7 Synthèse des principaux résultats

Une fois les études décrites, il est important de synthétiser les résultats principaux en fonction des buts définis de cette revue de littérature.

Tout d'abord, l'étude de (Spenceley, Caspar & Pijl, 2017) et celle de (Spenceley, Witcher, Hagen, Barry & Wilson, 2017), évoquent l'importance du leadership au sein d'une équipe soignante. Selon eux, l'échec du leadership peut être une des raisons de la détresse morale. De plus, 82,4% des participants suggèrent que d'avoir un responsable qui prend en compte les préoccupations et propose des solutions à l'équipe, atténuerait la détresse morale (Spenceley, Caspar, et al., 2017).

Deuxièmement, le manque de formation et de connaissances est le plus cité. D'après Spenceley, Caspar et al. (2017) et Calvet et al. (2016), participer à des formations et améliorer les connaissances sur les personnes âgées atteintes de démence sont des éléments essentiels afin de limiter l'épuisement émotionnel. De plus, l'étude de (Neuberg, Zeleznik, Mestrovic, Ribic & Kozina, 2017) évoque que l'accomplissement personnel est faible chez les soignants qui affirment leur besoin d'une formation complémentaire sur les soins aux seniors. Enfin, l'absence de responsabilité est citée dans l'étude de (Spenceley, Witcher et al., 2017) pouvant avoir d'importantes conséquences lors des soins effectués. C'est ainsi, que cette responsabilité peut être améliorée grâce à une formation supplémentaire.

Troisièmement, certains participants ne conçoivent pas de soutien venant des supérieurs ou des collègues de travail. L'étude de (Spenceley, Caspar et al., 2017) met en avant qu'effectuer des soins aux résidents agressifs sans soutien est une source de détresse morale. En effet, il est essentiel que les professions liées à la santé soient reconnues aux yeux de la société. La non-reconnaissance du travail effectué a donc un impact important sur la santé du personnel soignant (Spenceley, Witcher et al., 2017). L'étude de (Calvet et al., 2016) propose des groupes de parole ou de pratiques professionnelles afin de discuter des difficultés rencontrées. Ce moment de parole permettra aussi aux soignants d'être écoutés et renforcera alors la reconnaissance et le soutien du métier. Ainsi, les participants de l'étude (Spenceley, Caspar et al., 2017) évoquent l'importance de partager le rire et l'humour avec ces collègues. Ce partage permet également de renforcer le soutien au sein d'une équipe. Enfin, cela peut diminuer la détresse morale du personnel soignant.

Ensuite, certains comportements, venant des personnes âgées atteints de démence, peuvent entraîner les soignants vers un épuisement professionnel. L'étude de (Kandelman,

Mazars & Levy, 2018) met en avant certains facteurs de risque liés à l'épuisement professionnel. Le fait d'avoir eu des antécédents d'intimidation par un résident fait partie des probables influences sur l'épuisement professionnel. De plus, l'étude (Calvet et al., 2016) se base sur les résidents dits « crieurs ». Celle-ci montre que certains sentiments tels que l'agressivité et l'asthénie augmentent chez les soignants s'occupant des aînés atteints de troubles neurocognitifs.

Finalement, une seule étude (Calvet et al., 2016) parle du sujet de la chronicité des symptômes. Celle-ci compare les différents ressentis aperçus par l'équipe soignante face à des symptômes « uniques » ou « répétitifs ». Effectivement, celle-ci montre que les aînés ayant des cris répétitifs sont plus touchés par la maltraitance venant du personnel soignant. Enfin, les auteurs précisent que les soignants effectuant des soins répétitifs au chevet du résident étaient à risque de développer un épuisement professionnel.

5 Discussion

Le questionnement de cette revue de la littérature est d'analyser les éventuelles raisons amenant le personnel soignant s'occupant des résidents atteints de troubles neurocognitifs à l'épuisement professionnel. Suite aux études analysées, la réponse reste partielle, car une réponse complète nécessiterait une recherche plus avancée. En effet, l'analyse d'un nombre plus élevé d'études ainsi que des essais comparatifs entre les personnes âgées robustes et vulnérables voire dépendantes serait pertinent afin d'atteindre l'objectif de cette recherche.

5.1 Discussion des résultats

L'analyse des études permet de montrer que la maltraitance est un phénomène universel et d'une importance quantifiable. Les essais évoquent que la maltraitance est présente au Canada, en France, en Suisse et en Croatie. Cette observation est convergente avec les dits de Nakamura & Roulet Schwab (2017) évoquant que la violence envers les aînés est un phénomène qui se manifeste dans l'ensemble du monde. Chacune de ces études fournit des chiffres importants et met en évidence que ce comportement envers les personnes âgées vivant en EMS est bien réel. De plus, des phénomènes sociaux sont utilisés, ce qui permet de mettre en avant des stratégies afin de prévenir la survenue d'une détresse morale ou d'un épuisement professionnel.

Tout d'abord, d'après l'étude de (Ebbing, 2016), les personnes âgées ayant des SCPD sont exposées à des risques plus élevés d'isolement voire de maltraitance que ceux qui n'en présentent pas. L'étude de (Calvet et al., 2016) permet d'appuyer les faits de l'essai précédent en évoquant les résultats suivants : les résidents déments ayant des crises récurrents font ressentir de l'asthénie et de l'agressivité au personnel soignant. Ainsi, le stress des soignants, le manque de temps et de formation peuvent aggraver les SCPD et augmenter ces conduites maltraitantes (Ebbing, 2016). Enfin, dans l'étude de (Spenceley, Witcher et al., 2017), une participante dit : « Il avait la maladie de l'Alzheimer et des soins étaient négligés ». L'un des plus grands défis dans le milieu clinique se porte sur la gestion des SCPD (Voyer, 2013).

Deuxièmement, le stress connu par certains soignants est lié à plusieurs facteurs dont un niveau faible de satisfaction au travail (Cooper et al., 2018). L'étude, explorée de Spenceley et al. (2017), met en avant que les conséquences de la détresse morale sont les suivantes : des réactions émotionnelles/physiques, suspendre son activité professionnelle voire démissionner. Celles-ci expliqueraient cette mince satisfaction au travail. Pour cela, des

recommandations sont énoncées dans le but d'améliorer les conditions de travail délétères. L'étude de (Spenceley, Caspar et al., 2017), montre notamment que 87.9% des participants ressentent le besoin « d'avoir suffisamment de personnel pour fournir de bons soins de bases ». Les chercheurs (Kornig et al., 2016) montrent que plus il y a de soignants au CHSD, plus la qualité des services est meilleure. De plus, cette insatisfaction pourrait également être expliquée par cette même étude. Le fait de fournir des soins aux résidents agressifs sans soutien est lié à des sources de détresse morale (Spenceley, Caspar et al., 2017). De plus, la charge mentale augmente chez les soignants se sentant exposés à un risque d'agression verbale (Kornig et al., 2016). Ce manque de soutien peut être lié aux diverses tensions vécues au sein des EMS. En effet, l'étude de (Kornig et al., 2016) a mis en avant que la plupart du personnel affirme vivre des tensions avec les collègues du travail. Pour cela, « partager le rire et l'humour avec les collègues » fait partie d'une des stratégies permettant d'atténuer la détresse morale chez les soignants (Spenceley, Caspar et al., 2017). Enfin, lorsque les employés sont satisfaits sur leur lieu de travail, cela diminuerait le stress et le niveau d'absence (Kornig et al., 2016).

Troisièmement, sur le plan physique, les douleurs dorsales ont été le plus souvent ressorties. Celles-ci seraient liées à une charge de travail élevée, à des conflits avec d'autres professionnels de la santé, à un manque de reconnaissance et à des agressions verbales fréquentes de la part des résidents (Dhaini et al., 2016). Comme le dit les auteurs Kornig et al. (2016), les efforts physiques ont été en augmentation chez les soignants. De plus, selon cette enquête sur les conditions de travail, le secteur professionnel touchant la santé connaît le plus de cas de lombalgies. Ainsi, les professions touchées par le milieu médical sont plus concernées par le lien entre la qualité de travail et la qualité des soins (Kornig et al., 2016).

Finalement, la première métaanalyse* de (Blumenfeld, Fierz & Zúñiga, 2017) évoque le fait que l'amélioration du travail en équipe et la réduction des facteurs de stress au travail devraient être travaillées afin de réduire la maltraitance des aînés. La métaanalyse de (Yon et al., 2017) rajoute l'importance de comprendre l'ampleur des mauvais traitements. Celle-ci permettrait donc une approche sur la prévention de la violence. La plupart des études analysées dans cette revue de la littérature ont évoqué le manque de formation et l'importance d'un leadership au sein d'une équipe. Les solutions proposées dans l'étude de (Calvet et al., 2016) sont d'améliorer les connaissances par la formation. Faire en sorte de mieux comprendre la situation par des analyses du comportement en réunions pluridisciplinaires fait partie de la deuxième solution permettant d'atténuer la détresse morale. De façon plus générale, la moitié des études choisies évoque la nécessité d'une

formation spécifique à propos de ce sujet. Spenceley, Caspar et al. (2017) mettent en avant les dits des participants qui sont : « Avoir un responsable qui écoute mes préoccupations et propose des solutions » et « Avoir davantage d'éducation et de formation du personnel sur la manière de mieux s'occuper des personnes atteintes de démence ». Ces paroles font partie des stratégies visant à diminuer l'épuisement professionnel. Enfin, le rapport de (Leblanc et al., 2020), fondé sur des données probantes, ressort l'importance du rôle du leadership infirmier lors des situations complexes. Afin d'identifier les cases des SCPD, une évaluation clinique est nécessaire d'être effectuée. Les auteurs ont analysé des situations rencontrées et ont mis en évidence quelques bilans tels que : les démarches cliniques sont peu connues, les évaluations sont faites de façon incomplète et certains défis, au niveau de l'affirmation du leadership infirmier, sont à relever. C'est pour cela que les soignants doivent prioriser l'évaluation des SCPD en CHSLD afin de développer le rôle du leader. C'est ainsi que ces chercheurs ont effectué un guide aidant les soignants collaborant en CHSLD. L'objectif de ce guide permet d'identifier les causes des SCPS.

En conclusion, avec tous les facteurs de risque cités liés à la profession de la santé, il peut être déduit que les infirmières sont également des personnes à risque de devenir vulnérables. Ce métier peut mettre certains soignants en situation de fragilité. Ainsi, en présentant certaines sources de détresse morale, le personnel soignant s'occupant des résidents ayant des SCPD, peuvent présenter un niveau de résistance moindre. C'est ainsi que la souffrance au travail peut conduire à la maltraitance envers les seniors.

5.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Les études choisies et analysées dans cette revue de la littérature s'inscrivent dans les deux types de paradigmes. C'est ainsi que certaines études ne montrent pas uniquement des nombres, même si dans ce cas-ci les chiffres sont importants et intéressants au niveau de la prévalence. Mais il y a également des résultats qualitatifs qui mettent en avant les dits des participants. Ceci serait un avantage, car des données subjectives sont analysées. De plus, les études sont sélectionnées dans trois bases de données. Ces études sont publiées récemment allant de 2016 à 2018. De plus, cinq études sur six sont approuvées par un comité d'éthique. L'étude de (Calvet et al., 2016) ne mentionne pas de comité dans leur recherche. Enfin, toutes les études sont écrites de manière structurée, commençant par une introduction, suivie d'une méthodologie, des résultats ainsi qu'une discussion et d'une conclusion. Selon la pyramide de preuve de la HAS, toutes les études sont établies à un niveau IV.

5.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Cette revue de la littérature présente certaines limites. Tout d'abord, six études sont analysées sur trois bases de données. Néanmoins, la base de données Embase aurait été plus convaincante que celle de LiSSa et aurait enrichi cette revue de la littérature.

Ensuite, aucune de ces études a clairement comparé le taux de maltraitance entre les aînés « robustes » et ceux atteints de troubles neurocognitifs, étant vulnérables voire dépendants. Il serait intéressant d'observer cette différence entre les deux groupes afin de mettre clairement en valeur les facteurs de risque qui auraient peut-être contribué à avoir une prévalence plus élevée de maltraitance chez les personnes âgées atteintes de démence. Cela se résume au fait que d'avoir une étude comparative serait plus puissante et amènerait des réponses plus précises. De plus, il serait pertinent d'ajouter cette revue de la littérature à des études cliniques empiriques qui se déroulent sur le terrain professionnel en vue de comparer la réflexion sur la thématique.

En outre, les collectes de données ont été réalisées dans plusieurs pays, montrant des résultats convergents. Ainsi, les résultats permettent d'élargir le champ de connaissances sur le plan international et permettront d'appliquer des recommandations déjà utilisées ailleurs.

Finalement, cette première expérience dans le domaine de la recherche s'est avérée curieuse et anxieuse, car les situations inconnues amènent parfois les personnes à de nombreuses réflexions. Néanmoins, en réalisant chaque étape de cette revue de la littérature, des connaissances dans ce domaine se sont développées. Enfin, au fur et à mesure de l'avancement du Travail de Bachelor, la confiance et l'estime de soi se renforcent permettant de finaliser le travail avec fierté.

6 Conclusions

Cette dernière partie de la revue de la littérature permettra d'explorer certaines propositions touchant la pratique infirmière. Celles-ci seront utiles afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes d'une démence. De plus, des propositions pour la formation seront décrites, ce qui peut alimenter la pratique infirmière. Enfin, quelques pistes de réflexions seront proposées afin d'améliorer cette recherche.

6.1 Propositions pour la pratique

Premièrement, il existe plusieurs associations contre la maltraitance des personnes âgées en Suisse. Du côté de la romandie, c'est l'association « Alter Ego » qui s'investit dans ce domaine. En Suisse alémanique, l'association se nomme « Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter (UBA) » et « Pro Senectute Ticino e Moesano » concerne le canton du Tessin et le Grison italien. Tout cet ensemble permet une collaboration entre ces trois secteurs de la Suisse. Celle-ci se nomme « Vieillesse sans violence » (Alter Ego, Pro Senectute & UBA, 2018).

Deuxièmement, concernant « Alter Ego », cette association est à but non-lucratif. Elle est organisée par des professionnels touchant le domaine de la santé et du social. L'objectif de cette campagne est lié à la prévention de la maltraitance des aînés et vise la promotion de la bientraitance. De plus, « Alter Ego » ouvre ses portes aux professionnels afin de participer à des formations complémentaires. Ces formations sont composées de trois modules : module de base, module d'approfondissement et formation « PREMALPA ». Celles-ci permettent une certaine sensibilisation à ce sujet, amènent des apports complémentaires et développent certaines compétences (Salas, 2018). Ces cours sont en augmentation depuis 2017, car 54 cours de sensibilisation ont eu lieu en 2018 contre 27 l'année précédente. Au total, 999 personnes sont formées en 2018 (Alter Ego, 2018). Ainsi, la première proposition pour la pratique serait que les leaders des institutions évaluent les compétences de leurs soignants sous forme de bilan annuel afin de mettre en avant avec chacun d'eux leurs besoins en formation. Pour cela, ils devraient être encouragés par la hiérarchie dans un but d'actualiser les pratiques professionnelles. Il est également à se demander s'il est nécessaire d'obliger la participation à ces modules pour toute personne exerçant leur profession dans un EMS ou d'instaurer cette formation au sein de l'établissement. Ceux-ci pourraient diminuer le taux de maltraitance envers les personnes âgées.

Troisièmement, il existe une formation d'accompagnateur en psychiatrie de l'âge avancé (FAP). Comme évoqué dans l'introduction, les personnes âgées atteints de troubles neurocognitifs augmentent constamment en EMS. En développant certaines compétences liées à cette formation, celles-ci permettent d'obtenir des outils utiles afin de prendre le temps de comprendre certaines réactions venant des résidents déments. Elles servent également à adopter des comportements adaptés à la démence. De façon plus générale, cette formation permet de contracter des connaissances nécessaires afin de comprendre le ressenti des aînés permettant d'adapter des interventions professionnelles spécifiques à leurs besoins (Fédération genevoise des établissements médico-sociaux, 2010). Ici, une deuxième proposition s'identifie pour les professionnels. Les cours de FAP se déroulent au sein de l'association cantonale de la Croix-Rouge suisse. Des pré-requis sont nécessaires avant de s'inscrire tels que s'occuper des aînés ayant des troubles neurocognitifs en institution ou à domicile et avoir un répondant FAP qui peut permettre une supervision d'environ 72 heures (Croix-Rouge fribourgeoise, 2020).

Enfin, il existe une autre association contre la maltraitance des personnes âgées en Suisse romande qui porte le nom de « Prendsaplace ». Celle-ci utilise neuf maquettes faites à la main, un nouveau concept pédagogique. Ce concept permet de sensibiliser les professionnels promouvant la bientraitance des aînés. Cette association se compose d'un slogan intitulé : « Oui pour des contrôles inopinés dans les institutions de soins ». En effet, il existe des expertises contrôlant les établissements de soins mais aucun ne s'appuie sur la qualité de la prise en charge du résident (Lattion, 2016).

6.2 Propositions pour la formation

Durant la formation, la HES-SO en soins infirmiers à Sion présente tout un module sur la population vieillissante se déroulant en première année Bachelor. Ce module évoque plusieurs thèmes intéressants touchant la personne âgée et son environnement. De plus, la maltraitance des aînés est également abordée sous forme de séminaire en troisième année se déroulant sur une demi-journée. Comme prononcé plus haut dans ce travail, la Haute École de la Santé à Lausanne forme un module à part entière sur la maltraitance des personnes âgées. Comme la population âgée est en hausse et que les études analysées montrent un taux de maltraitance élevé, cette thématique porte toute son importance au sein de la HES-SO à Sion et nécessite d'être approfondie.

De plus, la HES-SO en soins infirmiers à Sion permet d'obtenir un CAS en psychiatrie des personnes âgées permettant d'acquérir d'amples connaissances à ce sujet. Enfin, un diplôme postgrade (DAS) en santé des populations vieillissantes existe également à la

Source à Lausanne afin d'obtenir des compétences nécessaires selon les besoins la population vieillissante.

Enfin, une des activités de l'association « Prendsaplace » se porte sur l'intervention dans certaines écoles telles que l'école de Châteauneuf. C'est uniquement en 2018-2019 que cette association s'est déplacée la HES-SO à Sion durant la formation Maturité Spécialisée Santé et Modules Complémentaires (Lattion, 2016). Il serait intéressant d'organiser une journée de sensibilisation et d'information sur la maltraitance des personnes âgées en association avec « Prendsaplace » au sein de la HES-SO à Sion en présentant les diverses maquettes réalisées.

6.3 Propositions pour la recherche

Tout d'abord, il serait judicieux d'obtenir des études comparatives menées auprès des résidents robustes et ceux atteints de troubles neurocognitifs. Cette recherche aurait permis de mettre en évidence certaines variables qui causeraient un taux de maltraitance plus élevés chez l'un des deux groupes. De façon plus précise, il serait intéressant d'évoquer en quoi le personnel soignant serait plus à risque de devenir maltraitant envers des personnes âgées démentes que celles qui sont indépendantes.

Ensuite, il serait curieux d'avoir des études ayant analysées certaines recommandations afin de réduire la maltraitance des aînés. En effet, la plupart des études choisies pour cette revue de la littérature proposent certaines stratégies afin d'atténuer cette négligence. Néanmoins, avoir un retour sur le taux de maltraitance après avoir mis en place certaines préventions porte toute son importance afin d'évaluer la qualité de celles-ci.

Finalement, ce Travail de Bachelor a permis de mettre en avant certaines influences entre l'épuisement professionnel et la maltraitance des aînés. En ayant effectué cette revue de la littérature, il semble pertinent que la recherche infirmière fondée sur des preuves scientifiques porte son intérêt. Il reste indispensable d'approfondir des recherches à ce sujet afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées vivant en EMS, plus précisément des aînés atteints de troubles neurocognitifs.

7 Références bibliographiques

- Alter Ego. (2018). *Rapport d'activité 2018*. https://alter-ego.ch/wp-content/uploads/2019/07/alter_ego_rapport_activite_2018_v-d%C3%A9f-No-1_DRS.pdf
- Alter Ego, Pro Senectute & Unabhängige Beschwerdestelle für das Alter. (2018). *Vieillesse sans Violence*. <https://vieillesesansviolence.ch/>
- Andreani, T. (2019). *Population des établissements médico-sociaux, en 2017*. <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/7267445/master>
- Annoni, J.-M., Chouiter, L., & Démonet, J.-F. (2016). *Troubles cognitifs liés au vieillissement : Évolution récente des concepts et stratégies diagnostiques*. <https://www.revmmed.ch/contentrevmed/download/176031/1735905>
- Association Valaisanne des EMS. (s. d.-a). *Les métiers de l'EMS*. Consulté 30 décembre 2019, à l'adresse <https://www.avalems.ch/association-ems/metiers-89.html>
- Association Valaisanne des EMS. (s. d.-b). *Objectifs et Buts*. Consulté 1 janvier 2020, à l'adresse <https://www.avalems.ch/association-ems/objectifs-buts-85.html>
- Association Valaisanne des EMS. (2017). *Statut du personnel*. https://www.avalems.ch/data/documents/Personnel_EMS/StatutDuPersonnel_Komplett_FR.pdf
- Baqué, P. (2016). *Alzheimer, maladie politique*. <https://www.monde-diplomatique.fr/2016/02/BAQUE/54695>
- Belser, E. M., Kaufmann, C., Egbuna, A., & Ghielmini, S. (2017). *Différents en âge, égaux en droits : Catalogue des droits fondamentaux des personnes âgées en Suisse*. https://www.skmr.ch/cms/upload/pdf/171207_CSDH_catalogue_droits_fondamentaux_personnes_agees.pdf
- Blumenfeld, A. O., Fierz, K., & Zúñiga, F. (2017). Elder Abuse in Nursing Homes : Do Special Care Units Make a Difference ? A Secondary Data Analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project. *Gerontology*, 63(2), 169-179. <https://doi.org/10.1159 / 000450787>

- Calvet, B., Charles, J.-M., & Clément, J.-P. (2016). Ressenti des professionnels et risque de burnout face aux résidents crieurs en EHPAD. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 17(98), 125-135. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.10.005>
- Cooper, C., & Livingston, G. (2016). Intervening to reduce elder abuse : Challenges for research. *Age and Ageing*, 45(2), 184-185. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw007>
- Cooper, C., Marston, L., Barber, J., Livingston, D., Rapaport, P., Higgs, P., & Livingston, G. (2018). Do care homes deliver person-centred care? A cross-sectional survey of staff-reported abusive and positive behaviours towards residents from the MARQUE (Managing Agitation and Raising Quality of Life) English national care home survey. *PLOS ONE*, 13(3), e0193399. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193399>
- Croix-Rouge fribourgeoise. (2020). Evaluation de compétences. <https://croix-rouge-fr.ch/fr/formations/accompagnateur-psychiatrie-de-lage-avance-cours-fap/evaluation-de-competences/>
- CURAVIVA. (2013). *Portrait des associations cantonales d'EMS - Valais : « Il y a un manque de soignants à tous les niveaux »*. https://www.curaviva.ch/files/AWCF4OQ/RS_2013_mars_28_29_web.pdf
- Département de la santé, des affaires sociales et de la culture. (2017). *Directives du département de la santé, des affaires sociales et de la culture concernant l'autorisation d'exploiter un établissement médico-social*. <https://www.vs.ch/documents/40893/2478384/1-Directives%20EMS%20-%20autorisation%20exploiter/eb13a220-8b2b-4956-b47b-eeb0db8caef7?t=.now?long>
- Deschamps, E., & Beetschen, P. (2016). *Programme cantonal : Vieillissement et santé 2012-2015*. https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/rapport_version_finale-11janv2012.pdf
- Dhaini, S. R., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Simon, M., Kunz, R., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2016). Care workers health in Swiss nursing homes and its

- association with psychosocial work environment : A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 105-115.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.011>
- Ebbing, K. (2016). Symptômes comportementaux et psychologiques dans les démences : Quelles alternatives à la pharmaco- thérapie ? <https://www.revmed.ch/content-revmed/download/176225/1737196>
- Eurostat. (2018). *Structure et vieillissement de la population*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/fr&oldid=445205
- Fédération genevoise des établissements médico-sociaux. (2010). *La maltraitance envers les personnes âgées : Une réalité mais pas une fatalité*. <https://www.fegems.ch/document.php?table=media&file=file-83-SBdRuiF8.pdf>
- Fortin, F.-M., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd.). Montréal : Chenelière Education.
- Haute Autorité de santé. (2013). Grade des recommandations [Illustration]. In *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique : État des lieux* (p. 8). https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
- Haute Autorité de santé. (2018). *Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'alzheimer ou à une maladie apparentée : Troubles cognitifs et troubles neurocognitifs*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_1_troubles_cognitifs_et_trouble_neurocognitifs.pdf
- Kaeser, M. (2012). *Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social : Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09*. https://www.ovs.ch/data/documents/news/Sante_personnes_agees_CH_24.09.12.pdf

- Kandelman, N., Mazars, T., & Levy, A. (2018). Risk factors for burnout among caregivers working in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 147-153.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13891>
- Kessler, C. (2019). *Promotion de la santé psychique des proches aidants de personnes âgées*. https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/Brochure_PSCH_2019-02_-_sante_psychique_des_proches_aidant-e-s.pdf
- Kornig, C., Levet, P., & Ghadi, V. (2016). *Qualité de vie au travail et qualité de soins*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf
- La direction générale du travail, L'institut national de recherche et de sécurité, & l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail. (2015). *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout : Mieux comprendre pour mieux agir : guide d'aide à la prévention*. <http://www.inrs.fr/dms/inrs/Presse/presse-2015/rapport-burnout/rapport-burnout.pdf>
- Lattion, S. (2016). *Nos activités : Association suisse romande contre la maltraitance des personnes âgées*. <https://www.prendsaplace.com/3278-2/>
- Leblanc, M., Lambert, S., Duguay, J., Rey, S., Bélisle, D., Bouffard, S., ... Voyer, P. (2020). *Prise en charge optimale des SCPD en CHSLD : promouvoir le leadership infirmier*. Faculté des sciences infirmières. https://www.philippevoyet.fsi.ula-val.ca/communautepratique/wp-content/uploads/2020/04/Guide-de-pratique_-_Promotion-du-r%C3%B4le-infirmier-en-CHSLD-dans-la-prise-en-charge-optimale-des-SCPD-f%C3%A9vrier-2020.pdf
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses : The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

- Monod, S., & Sautebin, A. (2009). *Vieillir et devenir vulnérable*. <https://www.revmed.ch/content/revmed/download/79255/725363>
- Mysyuk, Y., Westendorp, R. G. J., & Lindenberg, J. (2016). How older persons explain why they became victims of abuse. *Age and Ageing*, 45(5), 695-702. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw100>
- Nakamura, C., & Roulet Schwab, D. (2017). *Etat des connaissances sur la pertinence du dépistage systématique et pistes pour la pratique : Maltraitance envers les personnes âgées*. https://www.tellmed.ch/include_php/previewdoc.php?file_id=16892
- Neuberg, M., Železnik, D., Meštrović, T., Ribić, R., & Kozina, G. (2017). Is the burnout syndrome associated with elder mistreatment in nursing homes : Results of a cross-sectional study among nurses. *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*, 68(3), 190-197. <https://doi.org/10.1515/aiht-2017-68-2982>
- Office fédérale de la santé publique. (2017). EMS la Terrassière : Chiffres-clés des homes médicalisées suisses 2017. www.bag.admin.ch/pflegeheime
- Office fédérale de la statistique. (2017). *Le stress et les risques psychosociaux ont augmenté dans le monde professionnel en 2017*. <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/9366232/master>
- Organisation des Nations Unies. (2016). *Les personnes âgées*. <https://www.un.org/fr/sections/issues-depth/ageing/index.html>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Augmentation de la maltraitance des personnes âgées : 1 personne sur 6 est touchée*. <https://www.who.int/fr/news-room/detail/14-06-2017-abuse-of-older-people-on-the-rise-1-in-6-affected>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Vieillissement et santé*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019). Santé mentale. http://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/fr/

- Promotion Santé Suisse. (2016). *Promotion de la santé des personnes âgées : Faits et chiffres*. https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/gfia/faktenblaetter/Feuille_d_information_015_PSCH_2016-06_-_Promotion_de_la_sante_des_personnes_agees.pdf
- Roulet Schwab, D. (2015). *Maltraitance envers les personnes âgées : Une réalité émergente*. http://www.alter-ego.ch/wp-content/uploads/2015/07/SGG_Info_1_15_Seiten-4-5_f_low-res.pdf
- Salas, C. (2018). *Alter ego : Association pour la prévention de la maltraitance envers les personnes âgées*. alter ego. <https://alter-ego.ch/nos-prestations/nos-formations/>
- Shinan-Altman, S., Werner, P., & Cohen, M. (2016). The connection between illness representations of Alzheimer's disease and burnout among social workers and nurses in nursing homes and hospitals : A mixed-methods investigation. *Aging & Mental Health*, 20(4), 352-361. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1008983>
- Simone, L., Wettstein, A., Senn, O., Rosemann, T., & Hasler, S. (2016). Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. *Swiss Medical Weekly*. <https://doi.org/10.4414/smw.2016.14273>
- Spenceley, S., Caspar, S., & Pijl, E. (2017). Mitigating Moral Distress in Dementia Care : Implications for Leaders in the Residential Care Sector. *Nursing Research*, 30(4), 45-60. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2017.25449>.
- Spenceley, S., Witcher, C. S., Hagen, B., Salle, B., & Kardolus-Wilson, A. (2017). Sources of moral distress for nursing staff providing care to residents with dementia. *Dementia*, 16(7), 815-834. <https://doi.org/10.1177/1471301215618108>
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2^e éd.). Montréal : Pearson/ERPI.
- Voyer, P., Cyr, N., Abran, M.-C., Bérubé, L., Côté, S., Coulombe, A., ... Tremblay, S. (2016). *Dans votre quart de travail aujourd'hui, combien de temps avez-vous*

consacré à des soins infirmiers ? Combien de résidents étaient sous votre responsabilité ? Une étude descriptive s'est penchée sur la répartition du temps infirmier dans les unités de soins et a évalué l'impact des ratios personnel/patients.

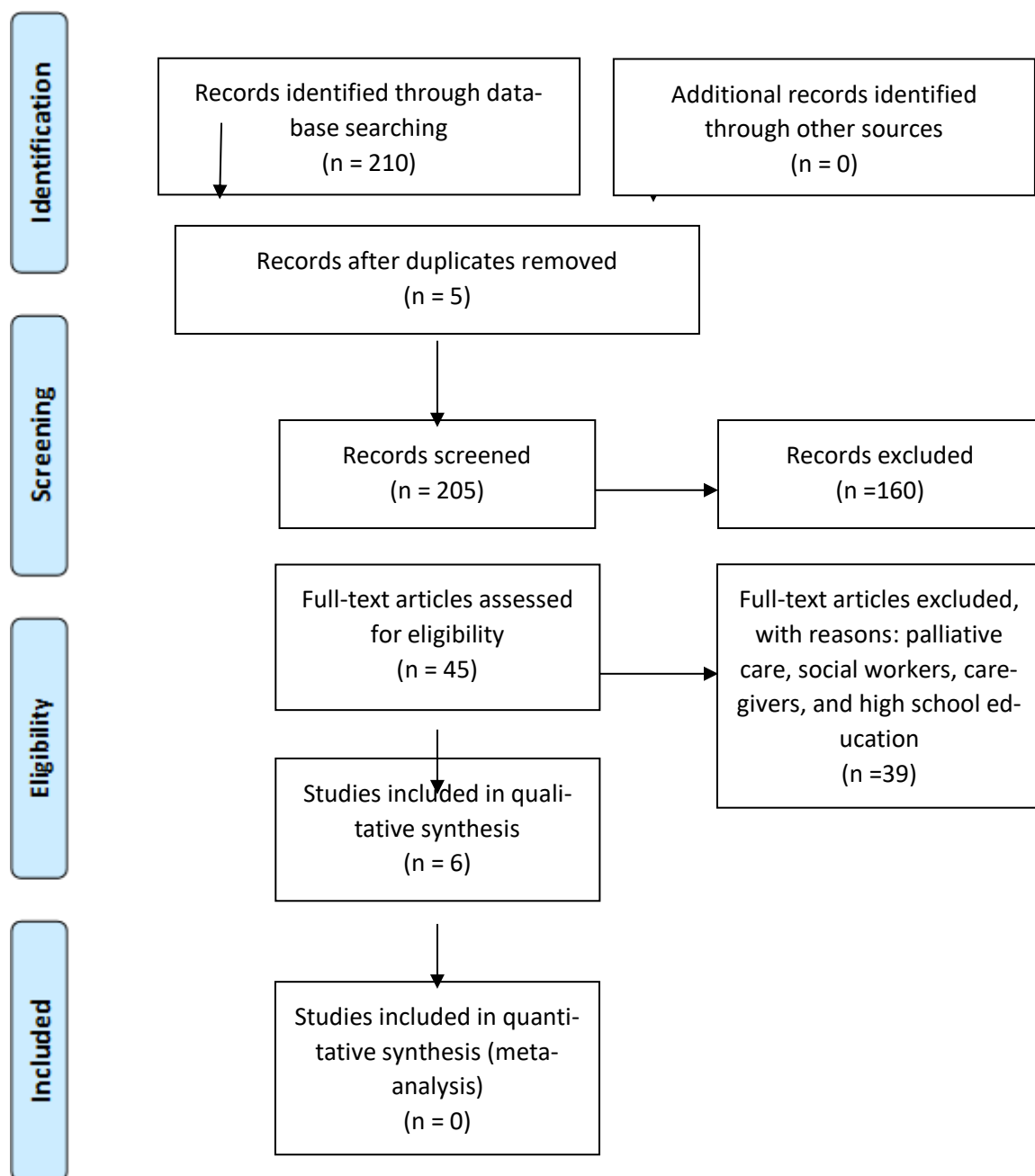
[https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspec-
tive/vol13no03/13-organisation.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no03/13-organisation.pdf)

Weber, D. (2016). *Santé et qualité de vie des personnes âgées : Bases pour les programmes d'action cantonaux*. [https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-
grundlagen/publikationen/gfia/berichte/Rapport_005_PSCH_2016-03_-
_Sante_et_qualite_de_vie_des_personnes_agees.pdf](https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/gfia/berichte/Rapport_005_PSCH_2016-03_-_Sante_et_qualite_de_vie_des_personnes_agees.pdf)

Yon, Y., Mikton, C., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Research Protocol for Systematic Review and Meta-Analysis of Elder Abuse Prevalence Studies. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 36(2), 256-265.
<https://doi.org/10.1017/S0714980817000137>

8 Annexes

Annexe I : PRISMA 2009 Flow Diagram



(Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman & PRISMA Group, 2009)

Annexe II : Tableaux de recension des études

Spenceley, S., Caspar, S., & Pijl, E. (2017). Mitigating Moral Distress in Dementia Care : Implications for Leaders in the Residential Care Sector. *Nursing Research*, 30(4), 45-60. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2017.25449>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude séquentielle exploratoire à méthode mixtes	Au total n = 389 dont n= 356 femmes et n=29 hommes. Au niveau du personnel soignant : 67.1% = aides-soignantes, 18.9% = infirmières et 13.9% = infirmières auxiliaires. Selon les années d'expérience dans le domaine des soins aux personnes atteintes de démence : 60.7% ont moins de 10 ans, 28.9% ont entre 10-20 ans et 10.4% ont plus de 20 ans	Donner un aperçu du rôle du leadership par rapport à son importance pour aider à relever les défis de détresse morale auxquels sont confrontés ceux qui fournissent des soins infirmiers à certains des citoyens les plus vulnérables de la société canadienne	Détresse morale, soins aux personnes atteintes de démence, leaders, secteur des soins résidentiels	Approche descriptive exploratoire qualitative avec le personnel de six établissements des soins résidentiels et trois sites de soins à domicile. Des assistants de recherche formés ont recueilli des données qualitatives par le biais d'entretiens semi-structurés d'une durée de 60 à 90 minutes avec 18 soignants infirmiers. Les entretiens ont commencé par une discussion sur la signification de la détresse morale suivie de questions demandant aux participants de se souvenir d'événements précis où ils prodiguaient des soins à un résident atteint de démence et où ils ont éprouvé une détresse morale.	L'analyse thématique des données qualitatives et l'examen de la littérature existante ont permis d'élaborer l'enquête sur la détresse morale dans les soins aux personnes atteintes de démence grâce au MDDCS. Les données d'entretiens transcrites ont été soumises à une analyse thématique descriptive et qualitative proche des données. Des catégories de réponses ont été identifiées dans les données. Un codage thématique a été effectué dans chacune des catégories. Trois séries de discussions en équipe ont permis d'établir une liste finale de thèmes, et la liste de thèmes ainsi que leurs définitions ont été vérifiées lors de discussions de suivi individuelles avec chaque participant interrogé. Des données quantitatives ont été recueillies auprès des participants à l'aide du MDDS. L'alpha global de Cronbach pour l'outil SPSS s'est avéré être de 0.95.	Trois catégories sont apparues : les sources de détresse morale, les conséquences pour les prestataires de soins et les stratégies d'atténuation. Des sous-thèmes sont dégagés autour des sources de détresse morale : gestion des comportements de démence (fourniture de soins aux résidents agressifs sans soutien), le manque de ressources (manque de personnel, de temps et d'éducation sur les soins aux personnes atteintes de démence), des attentes de soins incohérentes (soins retardés), voir les résidents traités de manière irrespectueuse (comme des enfants), et les problèmes de la famille (désaccords avec le personnel). Au niveau des conséquences de la détresse morale, il y a : réactions émotionnelles, réactions physiques, les effets sur les relations (se retirer des résidents), démissionner et suspension. Les stratégies visant à réduire la détresse morale sont : « Avoir suffisamment de personnel pour fournir de bons soins aux résidents » (87.9%), « Partager le rire et l'humour avec les collègues » (82.4%), « Avoir un responsable qui écoute mes préoccupations et propose des solutions » (78.2%) et « Davantage d'éducation et de formation du personnel sur la manière de mieux s'occuper des personnes atteintes de démence » (70.9%).
Niveau de preuve IV	Echantillonnage Probabiliste	Question(s) de recherche		Ethique		Conclusions
Paradigme Pragmatisme	Critère(s) d'inclusion* Les sites à l'aide à la vie autonome qui fournissent des soins aux personnes atteintes de démence ou d'autres maladies mentales qui ont besoin d'un environnement sécurisé. Critère(s) d'exclusion* Non précisés dans l'étude	Non précisées dans l'étude Hypothèse(s)* Non précisées dans l'étude Variables Non précisées dans l'étude		L'approbation éthique de l'étude a été obtenue par deux comités d'éthique de la recherche universitaire de la province. Tous les participants ont donné leur consentement écrit et éclairé avant les entretiens et des informations complètes ont été fournies dans le cadre de l'instrument d'enquête, l'achèvement de l'étude étant accepté comme un consentement implicite.	Logiciels Statistical Package of the Social Sciences (SPSS), v.21	Il est trop commun de penser que « rien ne peut être fait » en ce qui concerne la charge de travail et les effectifs dans ce secteur. Affirmer la valeur d'un leadership solidaire et réactif pour affronter et traiter la détresse morale dans le secteur des soins résidentiels. Limites de l'étude L'instrument de mesure a un degré élevé de multicollinéarité. Ces situations sont intrinsèquement complexes et comportent des éléments qui se chevauchent, ce qui peut limiter les conclusions qui peuvent être tirées "par situation".

Dhaini, S. R., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Simon, M., Kunz, R., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2016). Care workers health in Swiss nursing homes and its association with psychosocial work environment: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 105-115. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.011>

Desi gn	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadr e de réf érence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Etud e tran sver sale	Au total, 155 maisons de repos et 3471 travailleurs de soins. 92.4% sont des femmes et 33% ont plus de 50 ans. Un quart des participants sont des infirmières diplômées et le 42.9% sont des infirmières auxiliaires. Le 23.2% travaillent à temps plein.	Explorer la prévalence des problèmes de santé physique et mentale chez les travailleurs de soins dans les maisons de retraite suisses et explorer l'association entre certains facteurs de l'environnement psychosocial du travail et les résultats pour la santé des travailleurs de la santé.	Sant é	Les données sociodémographiques et les caractéristiques de l'établissements ont été recueillies à l'aide du questionnaire de l'étude SHURP. Quatre problèmes de santé physique ont été examinés : douleurs dorsales et articulaires (mesurées sur une échelle de Likert à 3 points), blessures par piqûre d'aiguille (questionnaire de l'étude RICH-Nursing) et les allergies liées au travail (à l'aide d'une échelle de Likert en 3 points). Quatre résultats en matière de santé mentale ont été examinés : fatigue, insomnie, maux de tête (échelle de Likert à trois points) et épuisement émotionnel (échelle de Likert à 7 points à l'aide de l'inventaire de Maslach sur l'épuisement professionnel). Les éléments de stress au travail ont été sélectionnés à partir de l'inventaire du stress des professions de santé afin de mesurer la fréquence de plusieurs facteurs de stress liés au travail sur une échelle de Likert à 5 points. La cohérence interne (alpha de Cronbach) est utilisée afin de mesurer les facteurs de stress lié à la charge de travail (0.73), au manque de préparation au travail (0.63) et au conflit et manque de reconnaissance (0.76). La violence sur le lieu de travail a été mesurée par les comportements agressifs verbaux et physiques des résidents à l'égard du personnel soignant à l'aide de l'échelle de Ryden.	Pour atteindre l'objectif 1, nous avons calculé des statistiques descriptives (fréquences, pourcentages, moyennes, écarts types). Pour l'objectif 2, nous avons utilisé une régression logistique bivariée pour explorer les associations entre les caractéristiques des établissements et des travailleurs de soins et chaque résultat en matière de santé physique et mentale. Nous avons utilisé des modèles de régression multiple à équation d'estimation généralisée pour prendre en compte le regroupement des travailleurs de soins dans les unités de maisons de soins. Nous avons utilisé des modèles de régression multiple logistique pour estimer les OR, les IC à 95% pour les facteurs de risques, ajustés en fonction des caractéristiques des établissements et des travailleurs en soins. Nous avons dichotomisé tous les résultats de santé afin de saisir les travailleurs soignants dont la santé est compromise selon leurs propres déclarations. Nous avons évalué la multicollinéarité de tous les facteurs liés à l'environnement de travail avec le facteur d'inflation de la variance.	Les douleurs dorsales (19.0 %) et l'épuisement émotionnel (24.2 %) sont les problèmes de santé physique et mentale les plus fréquemment signalés. Les douleurs dorsales étaient associées à une charge de travail accrue (OR 1.52, IC 1.29-1.79), à des conflits avec d'autres professionnels de la santé et à un manque de reconnaissance (OR 1.72, IC 1.40-2.11), à des agressions verbales fréquentes de la part des résidents (OR 1.36, IC 1.06-1.74), et inversement associées à l'insuffisance de personnel (OR 0.69, IC 0.56-0.84). L'épuisement émotionnel était associé à une charge de travail accrue (OR 1.96, IC 1.65-2.34), à un manque de préparation au travail (OR 1.41, IC 1.14-1.73), à des conflits avec d'autres professionnels de la santé et à un manque de reconnaissance (OR 1.68, IC 1.37-2.06), et inversement associé au leadership (OR 0.70, IC 0.56-0.87).
IV	Echantillonnage		Mais ons de soin s			
	Probabiliste	Question(s) de recherche	Envi ronn eme nt de trav ail			
Para digm e	Critère(s) d'inclusion	Non précisées dans l'étude				
	Les résidents ayant reçu un diagnostic de démence					
	Critère(s) d'exclusion	Hypothèse(s)				
Post posi-ti-viste	Les maisons de soins de moins de 20 lits, les foyers et les cliniques de réadaptation. Les soignants qui avaient travaillé moins de huit heures par semaine, moins d'un mois dans l'unité ou qui étaient étudiant et les répondants occupants des postes de direction	Non précisée dans l'étude		Ethique		Conclusions
		Variables				La santé physique et mentale du personnel soignant des maisons de retraite suisses est préoccupante. La modification des facteurs psychosociaux de l'environnement de travail offre des stratégies prometteuses pour améliorer la santé.
		VI* les caractéristiques des soignants (sauf l'âge) et les établissements				Limites de l'étude
		VD* : santé du personnel soignant				La conception transversale n'a pas permis de faire des déductions causales sur les relations. L'analyse des données secondaires a limité la capacité à évaluer l'impact de tous les domaines du modèle proposé. Les variables de résultats utilisées dans cette étude étaient autodéclarées.
					Logiciels	
					IBM/SPSS pour Mac Statistics 21.0	

Neuberg, M., Železnik, D., Meštrović, T., Ribić, R., & Kozina, G. (2017). Is the burnout syndrome associated with elder mistreatment in nursing homes : Results of a cross-sectional study among nurses. *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology*, 68(3), 190-197.
<https://doi.org/10.1515/aiht-2017-68-2982>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif, étude transversale	N=171 professionnels : 86,5% des femmes, mariées ou vivant avec un partenaire. 75,4% ont fini l'école secondaire. Les autres ont une licence ou une maîtrise. Plus de la moitié travaillent dans une unité de soins prolongés. Les autres professionnels travaillent dans une maison de retraite publique et maison de retraite privée. L'âge médian est de 41 ans et l'expérience professionnelle médian est de 20 ans.	Etudier la présence du syndrome d'épuisement professionnel chez les infirmières et de voir comment il est lié à leur perception de la maltraitance des personnes âgées dans les maisons de retraite.	Epuisement professionnel, maltraitance des personnes âgées, maison de retraite	1 ^{ère} partie : évaluer le syndrome d'épuisement professionnel avec le MBI-HSS. Il comporte 3 dimensions : l'épuisement émotionnel (EE ; mesure le sentiment de fatigue physique et psychologique extrême et de surmenage, score max de 54), la dépersonnalisation (DP ; mesure un sentiment d'insensibilité et une réponse impersonnelle aux destinataires, score max de 30), l'accomplissement personnel (AP ; mesure l'expérience de sa compétence et de sa réussite professionnelle, score max de 48). Le MBI-HSS contient 22 questions notées sur une échelle de Likert à 7 points (0= jamais, 1= quelques fois par ans, 2= une fois par mois, 3= quelques fois par mois, 4= une fois par semaine, 5= quelques fois par semaine et 6 = tous les jours). 2 ^{ème} partie : évaluer la façon dont les personnes interrogées percevaient la maltraitance des personnes âgées à l'aide de 2 questionnaires. Le premier comporte 25 éléments destinés à établir les attitudes, les expériences et la sensibilisation notées sur une échelle de Likert à 5 (1 = je ne suis pas du tout d'accord et 5 = je suis tout à fait d'accord). Le deuxième questionnaire à 25 questions vise à mesurer le taux de maltraitance et de négligence des personnes âgées. Les participants ont évalué la fréquence à laquelle ils ont été témoins des comportements décrits par les items (forcer un résident, suralimentation, ...). Les 2 questionnaires ont été pré-testés dans le cadre d'une étude pilote de validation	L'analyse n'a porté que sur les éléments dont la cohérence interne a été validée (Cronbach $\alpha > 0.7$) lors des tests préliminaires. La normalité de la distribution a été analysée avec le test de Kolmogorov-Smirnov, et des tests non paramétriques appropriés ont été utilisés dans les analyses ultérieures. Les différences entre les dimensions du burnout ont été analysées avec le test du Chi ² et les corrélations entre les scores de burnout et de maltraitance établies avec les coefficients de corrélation de Spearman. La régression logistique binaire a été utilisée pour prédire les niveaux élevés d'épuisement pour chaque dimension de MBI-HSS qui présentaient une corrélation significative avec les éléments de mauvais traitement. Toutes les valeurs p < 0.05 ont été considérées comme statistiquement significatives.	L'EE et la DP étaient élevés chez 43,9% et 22,2% des répondants, tandis que 39,8% jugeaient leur AP faible. 55% des répondants ont vu un résident crier de colère, 43% insulter et jurer contre un résident, 42% gaver le résident, 39% ignorer un résident lorsqu'ils ont appelé et 38% négliger de tourner ou de déplacer un résident pour éviter les escarres. La probabilité d'un EE élevé augmente de manière significative chez les répondants qui pensent que les personnes âgées ont souvent recours inutilement à des cloches d'appel infirmière (OR = 1,65). La probabilité d'une DP élevée augmente de manière significative chez les infirmières qui ne peuvent pas répondre aux attentes des personnes âgées afin de participer aux soins en tant qu'égal (OR = 1,81). Enfin, le sens de l'AP est plus élevé chez le personnel soignant qui ont lu des ouvrages professionnels sur les soins aux personnes âgées (OR = 0,56).
Niveau de preuve IV	Echantillonnage Probabiliste	Question(s) de recherche	Version du MBI-HSS obtenu auprès de l'éditeur Naklada Slap.	Ethique		Conclusions
Paradigme Postpositiviste	Critère(s) d'inclusion	Hypothèse(s)				La Croatie a pris des mesures pour s'améliorer. Elle a commencé à harmoniser les programmes d'études en soins infirmiers avec la directive européenne qui exige l'inclusion d'un plus grand nombre de matières autres que les sciences biomédicales. Le cours de sociologie de la santé accorde plus d'attention à la violence et la maltraitance.
	Infirmières titulaires d'un diplôme d'enseignement secondaire, d'une licence ou d'un diplôme de 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} cycle en soins infirmiers.	Non précisées dans l'étude		Nous avons obtenu l'approbation des comités d'éthique et des responsables de toutes les institutions concernées, ainsi que le consentement écrit de tous les participants.	Logiciels	Limites de l'étude
	Critère(s) d'exclusion	Variables			Statistica (StatSoft, v. 13.0, Dell Software, Austin, TX, USA).	L'interprétation de nos conclusions peut être quelque peu limitée par la possibilité d'une désirabilité sociale et d'un biais de rappel.
	Non précisés dans l'étude	VI : maltraitance des personnes âgées				
		VD : épuisement professionnel				

Spenceley, S., Witcher, C. S., Hagen, B., Salle, B., & Kardolus-Wilson, A. (2017). Sources of moral distress for nursing staff providing care to residents with dementia. *Dementia*, 16(7), 815-834. <https://doi.org/10.1177/1471301215618108>

Desi gn	Échantillon Au total, n=18 participants dont n=15 femmes et n=3 hommes. N=7 sont âgés entre 45-65 ans, n=6 entre 18-30 ans, n=4 entre 31-44 ans et n=1 âgé de plus de 65 ans. N=7 sont aides-soignantes, n=6 sont infirmières et n=5 sont ASSC. N=10 font partie d'une localisation urbaine et n=8 sont en milieu rural d'une province de l'ouest canadienne	But(s), objectif(s)	Cadre de référénc e	Méthode(s) de collecte des données A été entreprise par deux assistants de recherche qui ont été intensivement formés aux entretiens qualitatifs et soutenus tout au long du processus par l'équipe de recherche. La collecte s'est déroulée en même temps que l'analyse des données et les entretiens semi-structurés d'une durée de deux heures. Les entretiens ont été menés jusqu'à ce qu'aucun nouveau thème ne soit identifié. Ceci a été réalisé après des entretiens avec 18 membres du personnels infirmiers. Tous les entretiens ont été enregistrés en audio et retranscrit mot à mot par un transcripateur professionnel qui était lié par un serment de confidentialité. Les transcriptions ont été vérifiées par un membre de l'équipe de recherche pour en assurer l'exactitude	Méthodes d'analyse Les fichiers numériques ont été retranscrits textuellement. Les participants se sont vu attribuer des codes individuels et les transcriptions ont été dépouillées de toute information d'identification personnelle. Les données des entretiens ont été soumises à une approche d'analyse thématique dans le cadre de laquelle des modèles ont été identifiés. Ce processus a commencé par la lecture/révision de chaque transcription et la déconstruction des données avec un codage ouvert des mots et des phrases. Des codes initiaux ont été créés pour décrire les « morceaux » de texte jugés significatifs. L'analyse a progressé vers la recherche et l'identification de modèles initiaux basés sur des unités de données similaires. Le codage a été effectué par trois membres différents de l'équipe de recherche et deux réunions de l'ensemble de l'équipe de recherche ont été organisées afin de discuter des thèmes émergents et d'identifier les thèmes qui nécessitent des clarifications ou des développements supplémentaires lors de la collecte ultérieure des données. Chaque thème a été résumé et une vérification a été effectuée auprès des participants aux entretiens afin de garantir l'exactitude de l'interprétation.	Résultats Six thèmes ont été mis en avant : Des attentes contradictoires en matière de soins : les prestataires se sentent obligés de fournir des soins qui entrent en conflits avec leurs propres croyances et connaissances ; « la détresse morale vient de la dynamique familiale, vous savez ce dont le résident a besoin, nous sommes leurs yeux, leurs oreilles ». Certains font part de leur sentiment d'impuissance, de devoir se plier aux attentes d'une famille. D'autres mentionnent les médecins qui ne se rendent que rarement sur place. Garder le silence : l'idée d'être coincé dans une ligne de conduite qui semble mauvaise parce qu'on se sent incapable de parler a été notée par d'autres participants, « si je suis en train de les harceler tout le temps pour faire leur travail, ils vont me détester et c'est vraiment dur de travailler avec des gens qui vous détestent ». Absence de responsabilité : l'absence de responsabilité a été considérée comme ayant de sérieuses implications, « il avait la maladie d'Alzheimer et ses soins étaient négligés ». Certains ont exigé des conséquences pour ceux qui ont manqué leurs devoirs. D'autres rajoutent le manque de formation qui préparait le terrain à l'échec de la responsabilisation. Echec du leadership : certains ont noté que les personnes occupant des postes de direction et de décision ne comprenaient pas la réalité des environnements de soins de longue durée. Mauvais modèle de soins : ils ont constaté que les éléments structurels du contexte de soins étaient inadaptés aux besoins des résidents dont ils s'occupaient. Une culture des tâches par contact : le manque de temps pour fournir de bons soins respectant l'humanité des résidents, « une course contre la montre ».
Qual itatif – mod èle expl or at or e et desc riptif		Partager les résultats qui élucident les sources de la détresse morale vécue par les prestataires de soins infirmiers dans le cadre des soins résidentiels des personnes atteintes de démence	Détress e morale, personn el soignan t, aide à la vie quotidie nne, soins de longue durée, soins de démenc e, défini tio n de Nathani el de la détress e morale	Ethique L'approbation éthique a été obtenue par deux comités universitaires d'éthique de la recherche de la province. L'étude a été expliquée en détail aux personnes qui ont exprimé leur intérêt et un consentement éclairé a été obtenu. Les participants ont également été informés des implications de la législation provinciale. Les chercheurs étaient tenus de respecter toutes les exigences légales.		
Nive au de preu ve	Echantillonnage Non-probabiliste	Question(s) de recherche				
IV	Critère(s) d'inclusion Une variante de ce niveau de vie de soutien qui est axée sur la fourniture de soins aux personnes atteintes de démence ou d'autres maladies mentales et qui ont besoin d'un environnement sécurisé	Non précisées dans l'étude				
Para digm e		Hypothèse(s)				
		Non précisées dans l'étude				
Inter prét atif	Critère(s) d'exclusion Les personnes qui ne participent pas régulièrement aux soins des résidents atteints de démence ou qui n'ont pas au moins 18 ans.	Variables				
		Non précisées dans l'étude				
						Conclusions La détresse morale joue un rôle important dans l'expérience des prestataires des soins infirmiers qui s'occupent des personnes atteintes de démence dans les établissements de soins de longue durée. La détresse morale peut s'ajouter aux difficultés de recrutement et de maintien du personnel. Cette situation est préoccupante à une époque où une population âgée importante et croissante a besoin de soins en établissement.
						Limites de l'étude La transférabilité des résultats est limitée. Il est possible que les participants aient choisi de ne pas divulguer certains éléments les plus pénibles.

Kandelman, N., Mazars, T., & Levy, A. (2018). Risk factors for burnout among caregivers working in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 147-153. <https://doi.org/10.1111/jocn.13891>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif-enquête observatoire	Au total n=124 professionnels dont n=111 femmes et n=13 hommes. L'âge moyen est de 41 ans. 54% sont en couple. N=54 sont des infirmières auxiliaires, n=25 des assistantes à domicile et n=21 sont infirmières. Le nombre d'expérience en moyenne de sept années.	Evaluer le niveau d'épuisement professionnel des soignants en maison de retraite au sein d'un réseau unique en France et évaluer les facteurs de risque potentiels dans cette population.	Syndrome d'épuisement professionnel Personnel soignant Maison de retraite Santé au travail Questionnaire Maslach Burnout Inventory	360 questionnaires ont été remis aux soignants de 14 sur 16 maisons de retraite. Taux de réponses à 37% et 94% ont été analysées. L'enquête a été distribuée à tous les soignants rencontrés (infirmières aides-soignantes, aides à domicile et auxiliaires médico-psychologiques) travaillant de jour et/ou de nuit. L'enquête est divisée en trois sections : le niveau de burnout, données démographiques et sources de stress. Niveau de burnout : noté selon la version française Maslach Burnout Inventory, évalue trois dimensions : épuisement professionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel. Les données démographiques (état civil, nombre d'enfants et facteurs lié à la santé). Une recherche documentaire en anglais et des entretiens avec un médecin et directeur de maison de retraite ont été réalisés pour trouver et définir les facteurs qui pourraient être associés à l'épuisement professionnel. Les principaux facteurs (contexte professionnel, le nombre d'heures de travail par jour, la charge de travail, l'organisation des maisons de soins infirmiers). Le niveau d'autonomie des résidents a été évalué à l'aide de l'échelle AGGIR qui évalue les limitations des AVQ ainsi que la cohérence et l'orientation intellectuelle. Ethique Cette étude a été approuvée par les comités d'éthique locaux. L'enquête était strictement confidentielle et anonyme. Aucune donnée géographique n'a été demandée	Des régressions logistiques univariées ont été utilisées pour rechercher des associations statistiques entre différentes variables et la présence d'épuisement professionnel. Une régression logistique à plusieurs variables a été effectuée en incluant les facteurs avec une valeur p < .2 dans les analyses univariées. Les résultats sont exprimés en OR avec un IC de 95%. Le test t ou test de Wilcoxon sont utilisés pour comparer les valeurs numériques. Le test de Fisher ou Chi ² sont utilisés pour comparer les variables catégorielles. Les valeurs p < 0,05 ont été considérées comme significatives. Logiciels SPSS 13.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA)	29% des soignants ont obtenu des scores élevés pour l'épuisement émotionnel et 18% ont obtenu des scores élevés pour les questions de dépersonnalisation. Le taux d'épuisement était de 40%. La profession la plus courante était celle d'infirmière soignante et 90% avaient des antécédents d'intimidation par un résident. Les facteurs de risque : la présence de protocoles institutionnels (annonce du décès OR : 3.7), le fait de travailler dans un établissement à but lucratif (OR : 2.6) et antécédents d'intimidation par un résident (OR : 6.2). Les facteurs les plus négativement associés à l'épuisement professionnel sont la pratique de passe-temps (OR : 0.4) et le travail d'infirmière (OR : 0.3) Conclusions Selon la connaissance des auteurs, il s'agit de l'une des premières études évaluant la prévalence et les causes spécifiques de l'épuisement professionnel chez les soignants des maisons de retraite au sein d'un réseau de soins. Ce travail affirme que les soignants en maison de repos sont très exposés au risque d'épuisement professionnel et identifie plusieurs facteurs de risque possible qui peuvent être spécifiquement évités. Limites de l'étude Petit échantillon de population situé dans une zone géographique limitée, taux de réponse à 37% et les non-répondants pouvaient correspondre à des soignants présentant un syndrome d'épuisement professionnel.

Calvet, B., Charles, J.-M., & Clément, J.-P. (2016). Ressenti des professionnels et risque de burnout face aux résidents crieurs en EHPAD.

NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 17(98), 125-135. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.10.005>

Design	Échantillon	But(s), objectif(s)	Cadre de référence	Méthode(s) de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Quantitatif	Population totale n=52 dont n=36 soignants et n=16 non soignant (agents de service hospitalier) travaillant dans trois EHPAD de la région de Bergerac et confrontés à des résidents déments crieurs. L'âge moyen de la population est de 38,5 ans. La moyenne de l'ancienneté est de neuf mois pour la population totale.	Evaluer les ressentis des professionnels travaillant en EHPAD face à un résident dément crieur, mais aussi pouvoir proposer des solutions validées par eux au sein de leur structure pour améliorer leurs ressentis, notamment négatifs.	Cris, démence, syndrome d'épuisement professionnel, aidant, EHPAD	Les questionnaires ont été distribués auprès des équipes soumises à des résidents déments crieurs. Un questionnaire avait été réalisé et était constitué en trois parties, d'abord une partie recueil de données sociodémographiques puis une partie centrée sur l'évaluation du ressenti des soignants face au comportement de cri et qui se compose de questions ouvertes portant sur les premiers sentiments éprouvés lors de la confrontation à un premier cri d'un résident, puis devant des cris récurrents et des questions recensant l'intensité de leur ressenti au moyen d'une échelle numérique allant de 0 (absence du ressenti) à 10 (ressenti maximal). Enfin, la dernière partie permettait aux participants de proposer des solutions spécifiques et d'évaluer des interventions décrites dans la littérature comme pouvant permettre d'améliorer la prise en charge des patients déments crieurs.	Le recueil des données et les analyses statistiques ont été effectués auprès du CMRR du Limousin. Pour les différentes analyses, les participants volontaires ont été répartis selon leur catégorie professionnelle, leur ancienneté et leur groupe d'âge. Les résultats sont exprimés de façon descriptive en pourcentage. Pour l'analyse des ressentis, chaque item est coté : absent (ressenti 0), faible (1 à 3), modéré (4 à 5), élevé (6 à 7) et très élevé (8 à 10). Les réponses sont également exprimées en pourcentage. Une analyse descriptive de la population de notre échantillon a été réalisée. Les analyses descriptives ont permis de calculer en fonction de chaque variable étudiée, la fréquence, la moyenne et la déviation standard. Les analyses comparatives ont été effectuées en utilisant le test du Chi ² de Pearson ou le test exact de Fisher. L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé au moyen d'un logiciel. Pour toutes les analyses, le seuil de significativité pour une valeur de $p < 0.05$ a été retenu.	Lors de l'apparition d'un cri chez un résident dément en EHPAD, les ressentis sont : 38.8% d'interrogation associée à une demande d'aide de la part du professionnel, 24.5% une anxiété, 18.4% une incompréhension face à ce comportement, 6.1% de l'agressivité envers le résident et 4.1% d'un sentiment d'échec et d'impuissance ou d'asthénie. Par contre, pour des cris récurrents, il y a une augmentation d'asthénie (21.4%) et de l'agressivité (11.9%). Au niveau des solutions proposées, l'amélioration des connaissances par la formation est le moyen le plus souvent cité (43.9%). La deuxième solution citée est de faire en sorte de mieux comprendre la situation (34.1%) par des analyses du comportement en réunions pluridisciplinaires ou en demandant l'intervention d'équipe plus spécialisée comme l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée ou de psychogériatrie. Enfin, il est proposé de réorganiser les soins autour de la personne de façon plus spécifique à sa situation particulière en proposant donc une prise en charge individualisée de la personne (23.1%).
Niveau de preuve						
IV						
Paradigme						
Postpositiviste		Question(s) de recherche				
		Non précisées dans l'étude				
		Hypothèse(s)				
	Echantillonnage	Non précisées dans l'étude				
	Probabiliste	Variables				
	Critère(s) d'inclusion	VI : ressenti des professionnels				
	Non précisés dans l'étude	VD : risque de burnout				
	Critère(s) d'exclusion					
	Non précisés dans l'étude					
				Ethique		
				Non précisée dans l'étude		
					Logiciels	
					SPSS 20.0 (IBM Corporate)	
						Conclusions
						Les cris des résidents déments en EHPAD sont souvent le témoin de leur souffrance, mais favorisent l'apparition de la souffrance des aidants, y compris professionnels. Cette souffrance est souvent minimisée et non prise en compte par les responsables de ces structures.
						Limites de l'étude
						Faible effectif des participants qui limite nos analyses en sous-groupes. Cette enquête est basée sur le volontariat, ainsi nos résultats ne sont pas forcément le reflet des ressentis exactes de tous les professionnels des structures concernées ou de l'ensemble des professionnels travaillant en EHPAD.

Annexe III : Pyramides des preuves

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

(HAS, 2013, p. 8)

Annexe IV : Glossaire méthodologique

Base de données : Système organisé permettant de repérer des références à des documents, le plus souvent des articles de périodiques. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Biais : Toute influence ou action pouvant fausser les résultats d'une étude. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Biais d'échantillonnage : Situation dans laquelle l'échantillon ne reflète pas adéquatement la population. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Cadre théorique : Brève explication fondée sur une ou plusieurs théories existantes se rapportant au problème de recherche. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

CINAHL : Base de données qui répertorie des périodiques traitant des sciences infirmières et des sciences connexes de la santé. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Codage : Procédé qui consiste à convertir en nombre ou en symboles l'information incluse dans un instrument de collecte de données afin d'en faciliter le traitement. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Coefficient alpha de Cronbach : Indice de fidélité qui évalue la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Coefficient de corrélation de Pearson : Indice numérique qui résume le degré de corrélation entre deux variables mesurées à l'échelle d'intervalle. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Coefficient de corrélation de Spearman : Indice numérique qui résume le degré de corrélation entre deux variables mesurées à l'échelle ordinale. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Cohérence interne : Degré d'homogénéité de tous les énoncés d'un instrument de mesure. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

Collecte des données : Processus qui consiste à recueillir des données auprès des participants choisis pour faire partie de l'étude. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

Comité d'éthique de recherche : Groupe de professionnels mandatés pour réviser les propositions de recherche soumises au regard des considérations éthiques. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

Concept : Abstraction, image mentale que l'on se fait de la réalité. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

Confidentialité : Maintien du secret des renseignements personnels fournis par le participant à la recherche. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

Consentement : Acquiescement donné volontairement par une personne pour participer à une étude. Pour être valable, le consentement doit être libre, éclairé et continu. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

Critères de sélection : Liste des caractéristiques essentielles pour faire partie de la population cible. Les critères de sélection incluent les critères d'inclusion et les critères d'exclusions. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

Devis d'étude transversale : Étude dans laquelle les données sont recueillies à un moment précis dans le temps en vue de décrire la fréquence d'apparition d'un événement et de ses facteurs associés. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

Devis séquentiel exploratoire : Devis avec prise de données quantitatives préalable à la collecte quantitative visant à explorer un phénomène. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499)

Échantillon : Sous-groupe d'une population choisie pour participer à une étude. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499)

Échantillonnage : Processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499)

Échantillonnage aléatoire stratifié : Méthode d'échantillonnage selon laquelle la population est répartie en fonction de certaines caractéristiques afin de constituer des strates qui seront représentées dans l'échantillon. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499)

Échantillonnage non probabiliste : Choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499)

Échantillonnage probabiliste : Choix d'un échantillon à l'aide de techniques aléatoires afin que chaque élément de la population ait une chance égale d'être choisi pour faire partie de l'échantillon. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 500)

Échelle de Likert : Échelle d'attitude constituée d'une série d'énoncés déclaratifs pour lesquels le répondant exprime son degré d'accord ou de désaccord. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 500)

Entrevue semi-dirigée : Interaction verbale animée par le chercheur à partir d'une liste de thèmes qu'il souhaite aborder avec le participant. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 500)

Hypothèse de recherche : Affirmation d'une relation anticipée entre deux variables et qui doit être démontrée par des résultats. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 501)

Métaanalyse : Démarche statistique qui consiste à combiner les résultats d'une série d'études sur le même sujet dans le but de tirer des conclusions sur l'efficacité d'interventions. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 502)

Méthodes mixtes de recherche : Méthodologie combinant ou associant des méthodes qualitatives et quantitatives dans une même étude afin de répondre de façon optimale à une question de recherche. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 502)

Moyenne : Mesure de tendance centrale qui correspond à la somme d'un ensemble de valeurs divisées par le nombre total de valeurs. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 502)

Paradigme interprétatif : Paradigme qui se fonde sur le postulat que la réalité est socialement construite à partir de perceptions individuelles susceptibles de changer avec le temps. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 502)

Postpositivisme : Vision de la science qui reconnaît que toutes les observations sont faillibles et susceptibles d'erreurs. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 502)

Recherche qualitative : Recherche qui met l'accent sur la compréhension et qui repose sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participants. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 503)

Recherche quantitative : Recherche qui met l'accent sur la description, l'explication, la prédiction et le contrôle et qui repose sur la mesure de phénomènes et l'analyse de données numériques. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 503)

Régression logistique : Procédure de régression qui permet d'analyser des relations entre plusieurs variables indépendantes catégorielles et une variable dépendante catégorielle et qui remplace la régression linéaire en présence d'une variable dépendante dichotomique. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

Régression multiple : Analyse statistique multivariée servant à établir la relation prédictive entre une variable dépendante et un ensemble de variables indépendantes. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

Test du khi-deux (χ^2) : Test inférentiel non paramétrique qui exprime l'importance de l'écart entre les fréquences observées et les fréquences théoriques. On l'utilise entre autres pour effectuer un test d'hypothèse concernant le lien entre deux variables qualitatives. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

Test t : Test paramétrique servant à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

Tests statistiques non paramétriques : Procédures statistiques inférentielles utilisées pour des données nominales et ordinales, et dont la distribution normale ne repose pas sur des postulats rigoureux. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

Thésaurus : Répertoire des mots et des expressions utilisés pour indexer des documents. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

Validité : Capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il est censé mesurer. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

Variable : Caractéristique ou propriété qui peut prendre diverses valeurs. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

Variable catégorielle : Variable dont les modalités sont des catégories sans ordre de grandeur, comme « masculin » et « féminin* » pour la variable sexe. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

Variable dépendante (VD) : Variable censée dépendre d'une autre variable (variable indépendante) ou être causée par celle-ci. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

Variable indépendante (VI) : Variable qui peut expliquer la variable dépendante ; elle peut aussi influencer sur cette dernière. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)